
LIBRARY OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

Ouvrages du même Auteur

QUI SE TROUVENT CHEZ LE MÊME LIBRAIRE.



CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANS NOUVEAU-NÉS, avec deux planches coloriées représentant le céphalæmatome sous-péricrânien et son mode de formation; 1 vol. in-8°. 8 fr. 50 c.

TRAITÉ DES NÉVRALGIES OU AFFECTIONS DOULOUREUSES DES NERFS; 1 volume in-8°.......... 8 fr. 00 c.

Paris. — Imprimerie Le Normant, rue de Seine, 8.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THERAPEUTIQUE APPLIQUÉES.

PAR F. L. I. VALLEIX,

Médecin des Hôpitaux de Paris ;
Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique ;
Auteur de la *Clinique des Maladies des Enfans nouveau-nés*,
du *Traité des Névralgies*, etc.

TOME VI.

A PARIS,
CHEZ J. B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1845

AVERTISSEMENT DU SIXIÈME VOLUME.

Plusieurs de mes souscripteurs m'ont maintes fois manifesté le désir de connaître la manière dont je dois disposer la suite de mon ouvrage, afin de savoir d'avance quels seront les sujets traités dans chacune des livraisons à mesure qu'elles se présenteront. Aujourd'hui que j'ai accompli une grande partie de ma tâche, il m'est facile d'indiquer avec assez de précision l'ordre que je suivrai dans ce qui me reste encore à faire. Mais auparavant qu'il me soit permis de jeter un coup d'œil sur les sujets que j'ai déjà traités.

Les maladies de trois grands appareils ont été étudiées, et, on peut le dire, ces maladies forment la majeure partie de la pathologie. Ce sont d'abord les affections *des voies respiratoires* contenues dans les deux premiers volumes. Celles qui ont leur siége dans les *fosses nasales*, et parmi lesquelles il faut distinguer les diverses espèces de *coryza* trop souvent confondues; celles qui occupent le *larynx*, et dont font partie le *croup*, si redoutable dans l'enfance, et l'*œdème de la glotte*, maladie qui n'est bien connue que depuis peu de temps; les *maladies des bronches*, parmi lesquelles la *bronchite capillaire* a été étudiée avec un soin particulier; enfin les *maladies du parenchyme pulmonaire et des plèvres* complètent cette section importante.

Le troisième volume, consacré aux *maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, m'offrait de grandes difficultés à surmonter, car les matériaux en étaient épars dans un nombre considérable d'ouvrages conçus dans des plans très-variés. Le but que je devais surtout m'efforcer d'atteindre dans le *traité des maladies du cœur et des vaisseaux*, était une grande clarté. Pour y arriver, j'ai suivi une division nouvelle, ou présentant du moins des modifications essentielles; j'ai cherché à bien distinguer les cas, n'y renonçant que lorsque l'état de la science ne le permettait pas, et ayant soin, pour éviter les inconvéniens que pourrait avoir une division trop rigoureuse, d'indiquer ensuite comment se groupent les élémens pathologiques. Quant aux *altérations du sang*, c'est sous le point de vue pratique que je les ai

exclusivement étudiées, le plan de mon ouvrage ne me permettant pas d'agiter les questions indécises que soulève encore une science qui se fait.

Dans le quatrième et le cinquième volume, les *maladies des voies digestives* ont été exposées avec tous les développemens qu'exigent des affections si importantes à connaître et à traiter. Toutes, en effet, depuis celles qui occupent la bouche jusqu'à celles qui ont leur siége dans l'estomac, ont un intérêt pratique extrême, tant à cause de leur fréquence que de leur gravité souvent fort grande.

Je ne pousserai pas plus loin cet exposé; mais je ferai remarquer de nouveau que le traitement des maladies a toujours attiré mon attention d'une manière spéciale; qu'il a été présenté d'après une méthode qui n'avait pas encore été suivie, et que, sous ce rapport, les détails dans lesquels je suis entré ne peuvent manquer d'être utiles aux praticiens, puisqu'ils mettent entre leurs mains, sans aucune fatigue, les moyens employés par les hommes les plus expérimentés.

La suite de cet ouvrage sera disposée ainsi qu'il suit :

Je décrirai d'abord les maladies *des annexes des voies digestives*, c'est-à-dire 1° les affections du *foie* que j'ai dû étudier avec grand soin, et à l'aide d'observations nouvelles, car ces maladies graves en général ne sont pas encore assez connues pour qu'on néglige les faits qui peuvent les éclairer; 2° celles de la *rate* et du *pancréas*, affections bien moins importantes, et que j'exposerai rapidement; 3° enfin celles du *péritoine*, pour lesquelles nous avons des matériaux nombreux que je devrai mettre en œuvre.

Viendront ensuite les *affections des voies génito-urinaires*, parmi lesquelles les *maladies de la matrice* tiennent une si grande place. Ces affections seront étudiées avec un soin tout particulier, et je me ferai un devoir de mettre sous les yeux du lecteur les nombreux moyens thérapeutiques dirigés récemment contre elles, et surtout la manière de les appliquer, ce qui est de la dernière importance, comme le savent très-bien tous les praticiens consciencieux.

Les *maladies des organes locomoteurs et du tissu cellulaire* seront ensuite traitées. Parmi elles se trouvent le *rhumatisme articulaire* et le *rhumatisme musculaire*, l'*anasarque simple*, etc.

Puis je passerai aux *affections du système nerveux*, comprenant d'abord les *maladies des nerfs*, qui se réduisent presqu'à la névrite et aux névralgies; ensuite les *affections de l'encéphale* et de la *moelle* épinière.

Les *maladies des organes des sens de la vue et de l'ouïe* m'occuperont peu, parce qu'elles rentrent en grande partie dans le domaine de la chirurgie. Il n'en sera pas de même des *maladies de la peau*, où je trouverai les *syphilides*, qui me fourniront l'occasion de dire un mot de la *syphilis en général*.

L'étude des *exanthèmes fébriles* sera une transition naturelle pour arriver à la description des *fièvres : typhus, fièvre typhoïde, fièvre jaune, fièvre intermittente*, etc.; et enfin je terminerai par l'*histoire des empoi-*

sonnemens envisagés sous le point de vue de la pathologie; histoire dont feront partie les *maladies saturnines*, sur lesquelles les recherches récentes nous ont fourni des renseignemens si précieux.

Après avoir ainsi présenté le plan fort simple que je me suis tracé, il ne me reste plus qu'à répondre à quelques légères objections qui m'ont été faites. Et d'abord je m'empresse de reconnaître que la critique a été d'une grande bienveillance à mon égard, ce que je dois sans doute aux efforts que j'ai faits pour être utile. Aussi, en exposant les motifs qui m'empêchent de me rendre à des manières de voir un peu différentes des miennes, n'ai-je d'autre intention que de prouver à mes confrères le cas que je fais de leurs opinions, ce que j'ai fait d'ailleurs d'une autre manière, en m'efforçant, toutes les fois que je l'ai pu, de profiter de leurs conseils.

On a dit qu'en présentant, comme je le fais, mes tableaux synoptiques du diagnostic, je parais vouloir donner à cette partie de la pathologie une rigueur mathématique qu'elle ne peut avoir. Je saisis avec plaisir cette occasion de déclarer que telle n'est pas mon intention; et je croyais l'avoir suffisamment exprimé, en disant à plusieurs reprises que les affections présentaient souvent des nuances que le médecin seul peut apprécier. Mais s'ensuit-il qu'on ne doive pas mettre en parallèle les principaux points du diagnostic? je ne le pense pas. Ces principaux points sont l'axe autour duquel pivote le diagnostic tout entier; et bien connaître les généralités, c'est la principale condition pour bien apprécier les cas particuliers ou exceptionnels. Or j'ai pensé qu'en mettant en parallèle les points culminans dans mes tableaux synoptiques, je fournissais à la mémoire une base solide. Seulement il ne faut pas oublier que ce ne sont là que les points culminans. Tel a été uniquement mon dessein.

On a ajouté que je faisais trop bon marché de l'expérience particulière des médecins. Mais ai-je mérité ce reproche? Est-il vrai que c'est désespérer le praticien que de dire : tel médecin a *dit* s'être bien trouvé de tel remède, mais il ne cite pas de faits à l'appui? je ne le crois pas. Lorsqu'un praticien annonce, sans en fournir les preuves, qu'il a réussi en mettant en usage certains agens thérapeutiques, que demande-t-il, si ce n'est qu'on essaie ces agens afin de se créer une conviction semblable à la sienne? Or, en mettant les moyens indiqués à la disposition des autres praticiens, je remplis ses intentions; mais je me garderais bien de regarder comme acquis à la science des faits qu'on ne peut discuter; car l'histoire de la médecine prouve que les plus habiles se trompent. N'est-ce pas plutôt désespérer le praticien, que de lui indiquer avec une confiance illimitée des moyens qui si souvent échouent entre ses mains? Il se trouve embarrassé dans un cas rebelle, arrive une prescription vantée comme très-efficace; il se croit sûr du succès, il échoue : première déception; on lui communique une autre médication, il l'emploie et il échoue encore : déception nouvelle; à la troisième ou quatrième n'a-t-il pas sujet d'être désespéré? Et cela ne se voit-il pas trop souvent? Que ces moyens qui n'ont pas pour eux la sanction

des faits, ne soient recommandés qu'à titre d'essai à tenter, et il n'y a plus d'inconvénient. Or c'est ainsi que je procède.

Un autre critique m'a au contraire blâmé de n'avoir pas fait justice d'une foule de médicamens incertains, pour me contenter d'en indiquer un très-petit nombre dont l'efficacité soit bien démontrée. Certes, je ne demanderais pas mieux que de pouvoir le faire; mais l'état de la thérapeutique le permet-il ? J'adresse cette question aux praticiens. En est-il un parmi eux qui n'ait, dans bien des cas, eu recours à de nombreux traitemens, et n'ait désiré d'en connaître d'autres ? Le temps viendra, j'en ai la conviction, où, grâce aux recherches rigoureuses, la thérapeutique acquerra cette certitude si désirable. Mais ce temps est encore loin, car ces recherches sont longues et pénibles, et trop peu d'hommes ont assez de dévouement pour s'y consacrer. En attendant, fournir au praticien des moyens variés, qu'il peut tenter lorsque ceux qu'il emploie ordinairement ont échoué, c'est, j'en suis certain, lui être d'une utilité incontestable.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.



LIVRE TROISIÈME
(SUITE).

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES.



APPENDICE.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHOÏDES.

Dès la plus haute antiquité on a étudié cette affection qu'on trouve mentionnée dans plusieurs écrits d'Hippocrate (*Aphor.*, sect. 3 et sect. 6; *De Victu ratione*, etc.). Les médecins des siècles suivans en ont fait le sujet de nombreuses dissertations, et, jusqu'à la fin du siècle dernier, on a beaucoup écrit sur cette matière. Dans ces dernières années, nous ne trouvons plus une aussi grande quantité de travaux; cependant il faut citer la thèse de M. Récamier (*Essai sur les Hémorrhoïdes;* Paris, an VIII), l'ouvrage de Montègre (*des Hémorrhoïdes*, etc.; Paris, 1817), dont j'aurai maintes

fois occasion de parler dans cet article, et plusieurs articles de dictionnaires, tels que celui de la *Cyclopædia of pract. Medic.*, par M. J. Burne (article *Hæmorrhoids;* supplém., t. IV, p. 590), celui de MM. Ph. Bérard et Raige-Delorme (*Dict. de Méd.*, t. XV), et celui de MM. Monneret et Fleury (*Compend. de Méd. prat.*, t. IV). Il existe, il est vrai, quelques recherches originales entreprises il y a peu d'années, et principalement par MM. Jobert (*Dissert. sur les Hémorrh.;* thèse, Paris, 1828) et Blandin; mais ces recherches, extrêmement intéressantes d'ailleurs, portent principalement sur l'anatomie pathologique et les opérations auxquelles les hémorrhoïdes donnent lieu ; j'y reviendrai plus loin.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

On a beaucoup disserté sur la définition des hémorrhoïdes, mais aujourd'hui on a assez bien précisé les limites de cette affection, pour que ces discussions soient devenues très-peu utiles, surtout pour le praticien. On ne saurait plus regarder comme une affection hémorrhoïdale tout écoulement de sang provenant du rectum; les dissections attentives auxquelles on s'est récemment livré, et surtout celles de M. Jobert, ont montré que le caractère essentiel des tumeurs hémorrhoïdales était d'être formées par des dilatations variqueuses des veines rectales. Aussi dirons-nous, avec la plupart des auteurs modernes, que les hémorrhoïdes consistent dans des tumeurs sanguines de nature variqueuse, avec ou sans écoulement de sang. Quel-

ques objections se sont élevées contre cette définition ; je les examinerai plus tard.

On a décrit aussi cette affection sous les noms d'*hæmorrhagia intestinorum*, *hæmorrhoisis*, *fluxus hæmorrhoidalis ;* les Italiens lui ont donné le nom de *morice*, les Espagnols celui d'*almorrana*, etc. Quelques auteurs, voulant distinguer les divers états dans lesquels, suivant eux, les hémorrhoïdes peuvent se présenter à l'observation, ont proposé de donner le nom de *flux hémorrhoïdal* à l'hémorrhagie simple de l'extrémité du rectum, d'assigner celui de *tumeurs hémorrhoïdales* aux tumeurs non fluentes, et de réserver le nom d'*hémorrhoïdes* pour la réunion des tumeurs et du flux sanguin. Mais, comme je le ferai remarquer après la description des symptômes, cette distinction n'a pas d'importance réelle.

Cette affection est *fréquente ;* nous allons voir dans quelles circonstances elle se produit le plus communément.

§ II. — Causes.

J'ai dit plus haut qu'on avait fait des recherches exactes sur l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes. Il n'en est pas de même, il s'en faut de beaucoup, relativement aux autres parties de l'histoire de cette affection, et cette réflexion s'applique particulièrement à l'étiologie. Aussi, malgré tous les travaux publiés sur ce sujet, est-on à chaque pas arrêté par le doute. C'est ce qui a déjà été signalé par M. Raige-Delorme (*loc. cit.*, p. 194), et ses remarques sur ce point sont trop justes pour que je puisse me dispenser de les reproduire ici : « Les opinions que l'on s'est formées sur l'étiologie

des hémorrhoïdes sont, dit-il, le plus souvent le résultat de déductions théoriques, ou du moins d'une généralisation dont nous ne connaissons pas les élémens, et par conséquent la justesse. Or l'on sait par expérience combien de ces opinions, formées d'après des idees préconçues, accréditées dans la science par le nom d'auteurs célèbres, ont peu résisté à un examen sévère. L'affection hémorrhoïdale est si commune, qu'il ne serait pas étonnant qu'on y trouvât toutes les causes qu'on présume devoir la provoquer; mais en démontrer l'influence, c'est ce qui est encore à faire. » En nous associant à ces réflexions, ajoutons que ce serait un beau travail à entreprendre que celui qui aurait pour but d'éclairer ce point intéressant d'étiologie.

1°. *Causes prédisposantes.*

C'est surtout quand il s'agit des causes prédisposantes des hémorrhoïdes, qu'on est frappé du peu de précision des recherches des auteurs. Nous allons voir, en effet, que non-seulement les opinions sont loin d'être toujours appuyées sur l'observation, mais encore qu'elles sont parfois partagées.

Age. Tous les auteurs s'accordent à dire que cette affection appartient particulièrement à l'*âge mûr.* Mais tandis que les uns nient qu'elle puisse se montrer chez les enfans, les autres ont rassemblé des faits pour prouver qu'elle n'était point très-rare chez ces derniers. Ainsi Trnka (*Hist. Hæmorrh.*, etc.; Vienne, 1794) a rassemblé les exemples de trente-neuf enfans affectés d'hémorrhoïdes, et parmi ces

trente-neuf enfans, il en était cinq qui avaient moins d'un an. Montègre (*loc. cit.*, p. 51) nous dit qu'il a vu des cas semblables, mais il ne les rapporte pas. Cet auteur ne peut pas admettre avec De Haen (*Thes. pathol., de Hæmorrh.*; Vienne, 1759) qu'on ait confondu la *chute du rectum*, fréquente chez les enfans, avec de véritables hémorrhoïdes, parce que le flux de sang était caractéristique dans ces cas. Mais, en supposant qu'il n'y ait eu aucune erreur, les faits précédens ne doivent pas nous empêcher de regarder cette affection comme relativement très-rare chez les enfans, car nul doute qu'on n'ait recueilli avec empressement presque tous les faits de ce genre, tandis qu'on a laissé passer par milliers les cas d'hémorrhoïdes des adultes. La proportion est par conséquent des plus minimes.

Sexe. Voici encore une question qui n'est point complétement résolue, parce que les recherches n'ont pas été faites d'une manière convenable. La plupart des auteurs admettent avec Hippocrate que les hémorrhoïdes sont notablement plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes; mais il en est, et parmi ceux-ci il faut citer particulièrement Cullen et J. Frank (*Prax. Med.*, pars III, vol. II, sect. I, p. 726), qui affirment positivement le contraire. Montègre (*loc. cit.*, p. 52) prend un moyen terme : selon lui, en effet, les hémorrhoïdes accidentelles et passagères *peuvent* être plus communes chez les femmes que chez les hommes; mais on voit plus souvent, chez ces derniers, cette affection s'établir d'une manière constante et régulière. Il suffit de ces citations pour montrer quelle est encore notre incertitude sur un point que l'examen atten-

tif des faits aurait pu si facilement éclairer. Bornons-nous à dire que l'opinion la plus probable est en faveur de la plus grande fréquence des hémorrhoïdes chez les hommes.

Constitution; tempérament. Suivant Montègre, « on pourrait tracer ainsi le portrait de l'hémorrhoïdaire : Il est grand, plutôt maigre que gras; il a le teint plombé et jaunâtre, de grosses veines serpentent sur ses bras, ses mains, ses jambes et ses pieds; il a les cheveux noirs, un feu sombre anime ses regards; il est brusque, emporté; ses passions sont violentes, ses résolutions tenaces; il est gros mangeur, mais indifférent sur le choix des alimens, souvent tourmenté de flatuosités, et toujours constipé. » Je n'ai cité ce passage que pour montrer combien sont affirmatifs les auteurs, malgré l'absence des preuves. Qui n'a vu des sujets affectés d'hémorrhoïdes et ne ressemblant nullement à ce portrait? D'un autre côté, l'existence de cette affection depuis un temps assez long ne suffit-elle pas pour modifier notablement la constitution? Pourquoi donc n'avoir pas recherché si cette constitution était primitive ou consécutive? Évidemment on ne saurait arriver à aucun résultat précis en procédant d'une manière aussi vicieuse. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'influence du *tempérament bilieux*, principalement signalée par Stahl. Il peut y avoir du vrai dans ces opinions, mais il nous manque la démonstration, et il en est peut-être de cette constitution hémorrhoïdaire comme de la constitution apoplectique, dont les recherches récentes ont démontré le peu de certitude.

Nous n'avons pas, ainsi que le fait remarquer

M. Raige-Delorme, de preuves plus positives relativement à l'influence de la *pléthore*, et cependant cette cause prédisposante est généralement admise. Quant à l'*hypochondrie*, est-elle la cause ou le résultat de l'affection hémorrhoïdale? Cette dernière supposition paraît la plus probable.

Hygiène. Le genre de vie est placé au premier rang parmi les causes prédisposantes des hémorrhoïdes. Des *alimens* abondans, succulens, les viandes noires, les épices, les boissons alcooliques, favorisent principalement, suivant les auteurs, la production de cette maladie. Il en est de même de la *vie sédentaire.* Hoffmann attribuait aux progrès du luxe l'augmentation de fréquence des hémorrhoïdes qu'il avait cru remarquer en Saxe dans l'espace de quarante ans. Ce sont encore là des questions qui ne sont pas complétement résolues.

Saisons; climats. C'est dans les *saisons chaudes* et dans les *climats chauds* que quelques auteurs trouvent la plus grande fréquence des hémorrhoïdes. Mais si l'on consulte les observations, on voit que cette affection est commune à tous les climats et à toutes les saisons, et que, s'il y a une différence réelle, nous ne la connaissons pas suffisamment. C'est d'ailleurs une question qui se rattache à celle des habitudes hygiéniques et qu'on ne peut traiter séparément.

La *suppression de divers flux* est-elle une cause prédisposante? Les auteurs n'élèvent aucun doute à cet égard, et on a cité un assez grand nombre de faits en faveur de cette opinion. C'est ainsi qu'on a vu les *règles supprimées* être remplacées par l'apparition d'hémorrhoïdes qui donnaient lieu à un flux

de sang plus ou moins régulier; c'était alors une *hémorrhagie supplémentaire.* D'autres fois, des sujets ont ressenti les premiers symptômes de l'affection dont il s'agit, après avoir vu disparaître pendant un temps assez long une *épistaxis* habituelle. On a même remarqué que les individus sujets à l'épistaxis pendant leur enfance et leur jeunesse étaient, plus fréquemment que les autres, atteints d'hémorrhoïdes. Enfin on a cité des faits, et F. Hoffmann en particulier (*Cons. et Resp. med.*) en rapporte un assez remarquable, où, après avoir négligé une *saignée habituelle*, les sujets ont senti les premières atteintes de l'affection hémorrhoïdale. Ces faits, dont je ne veux nier ni la valeur ni l'importance, n'ont cependant pas toute la précision désirable.

Hérédité. Pour ceux qui regardent comme démontrée l'influence de la constitution, l'hérédité des hémorrhoïdes ne saurait être un instant douteuse. Mais qu'on se rappelle ce qui a été dit plus haut, et l'on conviendra qu'il est fort difficile d'arriver par cette voie à une conclusion rigoureuse. Restent donc les faits; mais les faits, quoi qu'en dise Montègre, sont bien insuffisans. Alberti (*Dissert. de Hæmor. hæred.*; 1727) a vu un enfant, né d'un père hémorrhoïdaire, être atteint de cette affection dès le jeune âge; M. Delarroque (*Traité des Hémorr.*; Paris, 1812) a « vu une famille tout entière, composée de *huit à neuf* personnes, tant hommes que femmes, se plaindre plus ou moins des hémorrhoïdes. » Quelques auteurs, et entre autres Alberti et Trnka, citent des exemples semblables; voilà tout ce que nous possédons sur ce point. Je suis loin, il s'en faut, de nier l'existence de l'hérédité dans cette affection;

mais on conviendra qu'avec des élémens pareils, il est impossible de se faire la moindre idée de son influence.

Restent enfin les *passions tristes* et les *excès vénériens*. Mais relativement à la première de ces causes, on peut se demander si elle ne serait pas plutôt un résultat de la maladie; et relativement à la seconde, on peut dire qu'il n'existe pas de faits authentiques qui déposent en sa faveur.

Il résulte de cette revue, que je n'avais nullement exagéré l'incertitude qui règne sur l'existence ou sur le degré d'influence de ces causes prédisposantes qu'on peut, avec quelques auteurs, désigner aussi sous le nom de *causes générales*. Pour parvenir enfin à les connaître, il faut procéder tout autrement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, et avoir recours à l'analyse exacte des faits et à la statistique. C'est, je le répète un beau travail qui s'offre aux observateurs consciencieux.

2°. *Causes occasionnelles.*

Les causes occasionnelles, dans lesquelles nous trouverons principalement celles auxquelles on a donné le nom de *locales*, sont beaucoup mieux connues.

Il faut signaler d'abord la *constipation*, qui est une des causes déterminantes les plus actives. Suivant les auteurs, ce n'est pas seulement par la distension qu'exercent les fécès sur la partie inférieure du rectum que cette cause a de l'influence, mais encore par l'action des matières âcres et irritantes sur les parois de cet organe. Mais aucune expérience n'a prouvé la réalité de cette seconde manière d'agir. Tout porte à

croire, au contraire, qu'il y a simplement là un effet mécanique, et que la compression prolongée des veines du rectum détermine seule la dilatation de ces vaisseaux, en s'opposant au retour du sang. Il est vrai aussi qu'on a regardé comme favorisant cette dilatation la contusion plus ou moins grande de l'orifice du rectum au moment où le bol fécal endurci est expulsé avec une difficulté souvent très-considérable. Mais si l'on ne peut douter que, une fois les hémorrhoïdes produites, cette contusion ne détermine des accidens notables, il n'est pas aussi certain qu'elle ait une influence marquée sur leur production. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que la première apparition des hémorrhoïdes ne soit presque toujours précédée d'une constipation plus ou moins opiniâtre.

La compression exercée par l'utérus dans l'état de *grossesse* et par des *tumeurs* occupant des organes voisins du rectum, agit de la même manière, et ces causes, qui font sentir immédiatement leur influence sur l'organe malade, ont été désignées, ainsi que la constipation, sous le nom de *causes déterminantes directes.* Faut-il y joindre les diverses *éruptions* qui occupent l'anus; les *frictions* trop souvent répétées sur cette partie; les *lavages* trop multipliés; l'introduction de *corps étrangers* dans le rectum? Si ces derniers étaient volumineux, ils pourraient agir comme les causes précédentes; mais les cas de ce genre sont très-rares, et l'on peut dire que l'existence de ces dernières influences n'est pas suffisamment mise hors de doute. Il en est de même de cette autre cause signalée par tous les auteurs, c'est-à-dire le *séjour trop prolongé à la garde-robe.* Il est évident

d'ailleurs que la constipation opiniâtre explique ce séjour prolongé, et cette cause suffit seule pour déterminer la maladie.

Quant à l'*inflammation* du rectum, aux *fissures* de l'anus, à sa *constriction spasmodique*, au *squirrhe*, au *cancer* de cet organe, on est très-peu fixé sur leur influence, et l'on ne peut s'empêcher de penser que, dans un bon nombre de cas, il y a eu des erreurs de diagnostic. C'est, du reste, l'opinion des auteurs les plus estimés qui ont écrit sur ce sujet. On a dit et répété que la *dysenterie* était suivie parfois de l'apparition des hémorrhoïdes; mais a-t-on suffisamment fait la part des coïncidences?

D'autres causes ont été signalées sous la dénomination de *causes déterminantes indirectes*, et l'on a dit que dans ce cas les hémorrhoïdes étaient *symptomatiques*. Je citerai d'abord l'*usage d'un siége percé;* la compression circulaire autour du siége serait, dans ce cas, la cause déterminante des hémorrhoïdes. Mais on a oublié, dans l'appréciation de cette cause, que souvent c'est pour éviter la douleur causée par la pression sur des hémorrhoïdes déjà formées, qu'on a eu recours à ces siéges. D'ailleurs quelques auteurs sont d'une opinion tout opposée, puisqu'ils les recommandent précisément pour prévenir cette affection. Il n'en faut pas plus pour démontrer toute l'incertitude qui règne encore sur ce point. L'usage de *vêtemens trop serrés* a-t-il une influence moins douteuse? Hildebrandt a cité un fait qui paraît appuyer cette opinion; mais un fait ainsi isolé est bien loin de suffire.

La *marche* longtemps prolongée, l'*équitation*, le *cahotement* des voitures, les *coups* violens, les

chutes sur le siége, sont aussi rangés parmi ces causes, mais encore sans preuves. Relativement à l'équitation en particulier, Montègre a cité Baldinger, Larrey, et ses propres observations, pour montrer combien l'existence de cette cause est hypothétique. Il est vrai que cet auteur regarde comme très-efficace, dans la production de la maladie, de monter à cheval sans selle; mais les preuves qu'il fournit à l'appui n'ont pas une valeur réelle.

L'usage immodéré des *purgatifs* et principalement de l'aloës, de la rhubarbe, du jalap, des sels neutres, etc., a pris également place parmi ces causes. On s'est moins fondé, pour soutenir cette opinion, sur l'observation directe que sur une induction tirée du traitement propre à reproduire les hémorrhoïdes supprimées, et qui consiste dans l'emploi des substances qui viennent d'être indiquées; mais on n'a pas songé qu'autre chose est d'agir sur le rectum déjà occupé par des varices rectales et antérieurement le siége de la fluxion hémorrhoïdaire, et de produire ces effets sur un rectum sain. D'un autre côté, n'est-ce pas pour combattre la constipation opiniâtre qu'on met en usage ces purgatifs? et cette constipation ne suffit-elle pas encore pour faire naître l'affection? L'emploi des *suppositoires*, des *lavemens* irritans, des lavemens d'eau froide, entre dans cette catégorie.

On a attribué aux *emménagogues* une action puissante sur la production des hémorrhoïdes, et l'on a expliqué cette action par les connexions veineuses de l'utérus et du rectum. Cette explication paraît très-satisfaisante, car on conçoit facilement que si un médicament agit en déterminant un afflux

de sang vers l'utérus, cet afflux doit s'étendre au rectum. Mais ce n'est là en définitive qu'une explication, et les faits qu'on a cités, parmi lesquels il faut en distinguer un rapporté par Stork (*Obs. clin.*, ann. 7), sont loin de mettre la chose hors de doute.

Relativement à l'application réitérée des *sangsues à l'anus* et à l'usage des *pédiluves chauds*, nous n'avons encore que des présomptions. Il est vrai qu'on emploie ces moyens, le premier surtout, pour rappeler les hémorrhoïdes supprimées; mais à cet égard je pourrais reproduire les réflexions que j'ai faites à propos de l'action des purgatifs.

Je me contenterai de mentionner l'*impression locale du chaud et du froid*, l'*orgasme vénérien*, la présence des *vers intestinaux* dans le rectum, parce que nous n'avons pas de preuves suffisantes en faveur de leur influence.

J'en dirai autant des *passions tristes*, de la *colère*, de la *nostalgie*, et j'ajouterai que, dans un bon nombre de cas, il n'est pas douteux que ces passions aient été le résultat de la maladie commençante et des douleurs éprouvées par les malades, plutôt que leur cause. On a cité, il est vrai, des faits dans lesquels le flux sanguin s'est montré immédiatement après un accès de colère ou après une vive terreur; mais, dans ces cas, la maladie existait déjà. Ce ne sont donc pas là des causes de la maladie, mais bien des excitans d'un de ses symptômes, ce qui est très-différent. J'y reviendrai plus loin.

Des maladies ayant leur siége loin du rectum peuvent, par leur action sur la circulation veineuse intestinale, agir comme la constipation elle-même. Les *tumeurs* des organes abdominaux, et en particulier

celles du foie, produisent cet effet. Dans quelques maladies de cet organe, on a néanmoins vu apparaître les hémorrhoïdes, quoique la circulation ne fût pas sensiblement gênée; mais le fait s'explique très-bien par la constipation qui, en pareil cas, est un symptôme de l'affection hépathique.

Je me borne à mentionner les *métastases* produites par la répercussion des *dartres*, par la *suppression de la transpiration*, etc. Pour prouver leur existence, ou du moins pour apprécier leur importance, il faudrait non de simples affirmations, mais un nombre suffisant d'observations exactes et bien analysées, et c'est ce que nous n'avons pas.

Restent enfin les *hémorrhoïdes critiques*. Le nombre des maladies qui, d'après les auteurs, peuvent être jugées par les hémorrhoïdes, est très-considérable; mais a-t-on bien observé? Il suffit de dire que, malgré tous les soins qu'on apporte à l'observation, on ne voit point aujourd'hui les inflammations du cerveau, du poumon, des reins, etc. etc., jugées par les hémorrhoïdes. S'il existe des cas de ce genre, ils sont exceptionnels. Tout le monde a cité à ce sujet une observation de Forestus (*Observ. ad curat. Med.*, lib. XXIX); il suffit de la mentionner.

Je viens d'exposer l'état de nos connaissances sur l'étiologie des hémorrhoïdes. Je n'ai pas dû dissimuler toutes les incertitudes dont elle est remplie. C'est à l'observation à les faire cesser. En attendant, remarquons que, de toutes les causes, la plus active et en même temps la plus fréquente est une constipation prolongée, quelle qu'en soit l'origine.

§ III. — Symptômes.

Faut-il, pour tracer la description des hémorrhoïdes, suivre une des divisions établies par les auteurs ? Avant de répondre, jetons un coup d'œil sur une de ces divisions, celle de Montègre. Suivant cet auteur, il y aurait à distinguer dans les hémorrhoïdes deux ordres, huit espèces et un grand nombre de variétés. Les deux ordres sont : 1° les hémorrhoïdes *périodiques et régulières ;* 2° les hémorrhoïdes *anormales et irrégulières.* Les huit espèces sont rangées ainsi qu'il suit : 1° H. *sèches ;* 2° H. *fluentes ;* 3° H. *avec tumeurs ;* 4° H. *avec douleurs ;* 5° H. *avec rétrécissement de l'anus ;* 6° H. *avec ulcérations ;* 7° H. *avec chute du rectum ;* 8° H. *avec irritation de la vessie.* Il suffit de citer cette nomenclature pour montrer combien elle est peu importante. Il ne s'agit, en effet, dans les deux ordres, que d'une différence dans la marche de la maladie, différence qui ne change pas son caractère. Quant aux espèces, elles reposent sur des symptômes qui, dans le même cas, peuvent paraître et disparaître à plusieurs reprises. Les variétés sont fondées sur des nuances plus fugitives encore.

Il serait sans doute plus utile de suivre en partie la division proposée par Pinel et plus tard par M. Récamier. Ces auteurs admettent quatre espèces d'hémorrhoïdes, qui sont : 1° les *hémorrhoïdes récentes par cause générale ;* 2° les *hémorrhoïdes récentes par cause locale ;* 3° les *hémorrhoïdes anciennes périodiques ;* et 4° les *hémorrhoïdes compliquées d'ulcérations de l'intestin ou de varices.* Mais, malgré tous nos efforts, nous n'avons pas pu déterminer

d'une manière positive quels sont les cas où l'on doit reconnaître une cause générale. La division devient donc inutile sous ce point de vue, le seul qui paraisse avoir quelque importance. Aussi voit-on les auteurs qui l'ont adoptée, et M. Récamier lui-même, l'abandonner dans la description des symptômes où il leur était impossible de la suivre, et ne la reprendre qu'à propos du traitement, parce qu'alors, n'étant plus gênés par la nécessité d'une démonstration, ils ont pu revenir à leur hypothèse.

Début. Le début des hémorrhoïdes est ordinairement lent, graduel et intermittent. Avant que les tumeurs qui en forment le principal caractère aient pu être reconnues, avant qu'il y ait même écoulement de sang par l'anus, il se manifeste des phénomènes importans, et que la plupart des auteurs ont décrits sous le nom de *fluxion hémorrhoïdale.* Cette fluxion qui est, dans le plus grand nombre des cas, commune au début de la maladie elle-même et au début des attaques qui surviennent dans son cours, n'est cependant pas admise par tous comme faisant partie intégrante de l'affection. MM. Monneret et Fleury (*loc. cit.*) ont surtout insisté pour qu'on cessât de regarder la fluxion hémorrhoïdale, ou, selon leur expression, la congestion du rectum, comme appartenant aux hémorrhoïdes. Leur raison est que cette congestion peut très-bien exister sans être suivie des tumeurs hémorrhoïdales caractéristiques, et qu'elle n'est pas plus liée à cette dernière affection que la congestion cérébrale à l'apoplexie. Je ne crois pas que cette raison soit péremptoire. On voit, en effet, trop bien la liaison intime qui existe entre la fluxion hémorrhoïdale et les tumeurs qui lui suc-

cèdent, on comprend trop bien comment celles-ci ne sont que la continuation de celles-là, pour les séparer ainsi. Dans l'apoplexie même, si avant l'hémorrhagie cérébrale il y a eu des symptômes de simple congestion, nous regardons ces symptômes comme intimement liés à l'hémorrhagie, et il en est de même dans une foule d'autres maladies, bien que les phénomènes du début puissent exister sans être toujours suivis de l'affection confirmée qu'ils précèdent, et qu'ils puissent constituer ainsi une affection indépendante.

On a beaucoup exagéré l'importance des phénomènes du début, et on l'a fait parce qu'on a voulu réunir dans un seul tableau tous les signes qui se sont présentés à l'observation, fussent-ils complétement exceptionnels.

Les symptômes qui annoncent ordinairement le début des hémorrhoïdes sont : une gêne souvent très-incommode vers la partie inférieure du rectum, une sensation de pesanteur et parfois même de corps étrangers dans cette partie. Dans quelques cas, il existe déjà une douleur assez vive. La gêne, la pesanteur, la douleur se font principalement sentir lorsque le sujet reste debout un peu longtemps. Elles s'étendent, s'irradient vers les parties voisines, et de là le sentiment d'un poids dans tout le bassin, des douleurs dans le sacrum, les lombes, le périnée, les parties génitales.

En même temps une sensation de chaleur se manifeste vers la partie inférieure du rectum, et le pourtour de l'anus est dur et résistant, ce qui est dû à son gonflement, bien qu'il n'y ait pas encore de tumeur hémorrhoïdale distincte.

Il résulte de cet état du rectum quelques troubles fonctionnels qui méritent d'être mentionnés. Souvent les envies d'aller à la selle sont fréquentes, et les efforts, infructueux ou non, que font les malades pour les satisfaire tendent encore à augmenter l'intensité du mal. L'affection étant presque toujours précédée d'une constipation plus ou moins opiniâtre, l'excrétion des matières fécales a un autre inconvénient : le passage de ces matières dures et offrant des aspérités détermine la contusion et même la déchirure des parties congestionnées, et de là l'écoulement de sang parfois abondant qui accompagne la défécation.

Pendant que ces phénomènes locaux se manifestent, on observe que le pouls est dur, plus ou moins fréquent, qu'il y a de l'inquiétude, de l'insomnie causée surtout par le sentiment de gêne et de douleur dans le rectum ; que le caractère devient difficile, que l'appétit est moins vif et que les digestions sont plus pénibles.

Tels sont les signes qui, dans le plus grand nombre des cas, annoncent le commencement d'un travail pathologique dont le résultat doit être la formation des hémorrhoïdes. Quoique j'en aie élagué un bon nombre de symptômes douteux, je dois encore ajouter que cette description ne repose que sur des appréciations générales, nécessairement vagues, et qu'un travail exact sur ce point est encore à faire.

Dans quelques cas, cette congestion hémorrhoïdale du début est précédée elle-même de quelques symptômes généraux, tels qu'un malaise indéfinissable, des horripilations, des lassitudes sans cause

appréciable, la morosité, la chaleur de la tête, sa pesanteur, des étourdissemens, une altération plus ou moins marquée des traits, des troubles digestifs, des flatuosités intestinales, etc. Mais ces phénomènes sont bien loin de se montrer dans tous les cas d'une manière remarquable, et plusieurs auteurs ont eu le tort de les généraliser.

J'ai dit plus haut que le début n'était pas continu; c'est qu'en effet il n'est pas rare de voir cette congestion se dissiper, pour se reproduire ensuite plusieurs fois à des intervalles variables, avant que les tumeurs hémorrhoïdales caractéristiques se soient montrées. C'est au bout de deux, trois ou quatre jours, et quelquefois plus, que la congestion se dissipe, soit après un écoulement de sang semblable à celui que nous décrirons plus loin, soit sans aucun écoulement.

Symptômes. Lorsque la maladie est confirmée, lorsque les tumeurs hémorrhoïdales se sont produites, on observe une série de symptômes, tantôt presque continus, tantôt intermittens. Dans ces derniers cas, la maladie survient par *attaques* plus ou moins rapprochées. Je vais d'abord décrire les symptômes, abstraction faite de ces attaques, me réservant d'en parler avec détail à l'occasion de la marche de la maladie.

La *pesanteur vers le rectum*, indiquée plus haut, est d'autant plus considérable, toutes choses égales d'ailleurs, que les tumeurs sont plus volumineuses et plus pleines de sang. Il en est de même de la sensation d'un corps étranger dans cet organe. La *douleur* est souvent très-vive; elle est assez souvent lancinante, et s'irradie plus ou moins loin, sur-

tout vers le périnée et les lombes. Elle force parfois les malades à prendre des positions bizarres, comme de se tenir sur les genoux et sur les coudes, et fréquemment on les voit changer d'attitude. La pression sur le siége est douloureuse, surtout quand les tumeurs font saillie à l'extérieur, que les hémorrhoïdes sont externes, pour nous servir de l'expression consacrée. Aussi les malades ont-ils beaucoup de difficulté à s'asseoir, et ne font-ils porter leur siége que sur un côté, ou bien se placent-ils sur des siéges percés. Parfois néanmoins ils compriment largement l'anus avec la main, dans l'intention de se soulager ; mais cette compression n'est possible que dans les cas où les hémorrhoïdes sont internes ou peu distendues. La défécation est aussi très-douloureuse, et la souffrance produite par le passage des matières endurcies se prolonge plus ou moins longtemps après, suivant qu'il y a eu ou non des déchirures. Par suite de la gêne, de la douleur et de la présence des tumeurs, la marche est pénible, difficile, et à son tour elle augmente les accidens.

La *sensation de chaleur* ressentie à la partie inférieure du rectum est vive, et peut aller jusqu'à une sensation de brûlure. Les malades sentent aussi des *battemens* dans la partie malade, assez comparables à ceux du phlegmon.

Si les tumeurs sont volumineuses, tendues, pleines de sang, l'*émission de* l'*urine* peut être difficile et douloureuse, surtout vers la fin, où le périnée se contracte violemment.

Nous retrouvons ici les *phénomènes généraux* signalés dans la description de la congestion rectale, ce qui n'a rien de surprenant, car au moment où les

tumeurs apparaissent ou prennent de l'accroissement si elles existaient déjà, c'est une congestion semblable qui a lieu. Mais ces phénomènes n'ont plus en général la même intensité, parce que l'écoulement de sang qui termine la scène a lieu ordinairement avec plus de facilité que dans les cas où la congestion se termine de la même manière. Quelquefois, au contraire, soit que le raptus sanguin soit très-violent, soit que par une cause quelconque le flux hémorrhoïdal se trouve empêché, ces symptômes généraux sont violens et en rapport avec l'intensité des symptômes locaux. Ce sont : une vive anxiété, l'agitation, l'insomnie, une chaleur plus ou moins vive, le resserrement et l'inégalité du pouls (Récamier), auxquels viennent se joindre les flatuosités, l'embarras des digestions, et quelquefois l'engourdissement des extrémités inférieures (Hoffmann).

Tumeurs hémorrhoïdales. Lorsque les signes du début précédemment indiqués ont existé plus ou moins longtemps ou se sont reproduits à plusieurs reprises, on observe l'apparition de tumeurs particulières, qui tantôt se montrent à l'extérieur, et tantôt restent à l'intérieur du rectum. Sans nous occuper, pour le moment, de la nature de ces tumeurs, donnons-en une description détaillée.

Leur *nombre* est variable; rarement il n'en existe qu'une seule; le plus souvent on en trouve deux ou trois, et quelquefois elles sont en assez grand nombre pour occasionner une espèce d'obstruction dans la partie inférieure du rectum. Arrondies, formant par leur réunion une masse bosselée, elles sont quelquefois allongées et comme pédiculées. On en a vu

de grosses comme un œuf de poule, et P. Frank (*Epit. de curand. hom. Morb.*) dit en avoir vu de la grosseur d'un œuf d'oie. Ces cas sont exceptionnels, et, en général, les tumeurs ont un volume beaucoup moins considérable. Par leur réunion, elles forment souvent, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, un *bourrelet irrégulier* qui entoure le rectum. Leur *couleur*, quand elles sont gonflées par le sang, est violette ou noirâtre, et la muqueuse, dans les points où elle les recouvre, paraît transparente comme une pellicule.

Lorsque ces tumeurs se sont développées primitivement à la marge de l'anus, elles sont en partie recouvertes par la muqueuse et en partie par la peau, ce qu'il est facile de distinguer. Lorsqu'au contraire elles ont pris naissance à l'intérieur même du rectum, et qu'elles ne sont venues au dehors que consécutivement, elles sont partout violacées, et l'on reconnaît la muqueuse qui les recouvre à son aspect lisse et à sa transparence. Enfin, lorsque les tumeurs restent internes, on les sent en portant le doigt dans le rectum, car elles ne sont pas situées dans un point éloigné de son orifice. Je reviendrai sur ce point à propos du diagnostic.

Flux hémorrhoïdal. Lorsque les tumeurs sont fortement distendues, ou même avant, si le raptus sanguin est suffisant, si l'inflammation est peu violente, ou si une cause quelconque a déterminé leur rupture, on voit survenir un écoulement de sang variable dans sa quantité. Ordinairement d'une abondance médiocre, la perte peut être parfois assez considérable pour faire craindre pour les jours du malade. On a cité des cas où le flux a été d'une et même de deux livres de sang par jour, et cela pendant un

mois, deux mois, et même des années. Panarola rapporte un cas de cette dernière espèce; mais on ne peut s'empêcher de soupçonner ce récit d'erreur ou d'exagération, d'autant plus que l'auteur ajoute que le malade était en parfaite santé, ce qui ne peut s'accorder avec une perte de sang si considérable et si longtemps prolongée.

La perte peut être énorme en peu de temps. C'est ce qu'on a observé dans les cas rapportés par Hoffmann, Pezold et Montègre, où il est dit que la quantité de sang rendu a été assez considérable pour remplir deux vases de nuit, ou bien s'est élevée à vingt et même soixante livres! Je cite ces faits, parce que, dans tous, les conséquences de ces flux de sang, loin d'être extrêmement fâcheuses, ont été, suivant les auteurs, tout à fait favorables. Mais faut-il encore admettre de pareils récits sans restriction? Montègre lui-même élève des doutes sur l'exactitude de l'observation. Quant aux cas où la perte de sang a été assez considérable pour compromettre l'existence, on comprend très-bien qu'elle ait été énorme.

Le sang s'écoule ordinairement en bavant; mais lorsque les sujets vont à la garde-robe, il peut s'échapper par un jet quelquefois assez fort, ce qui est le résultat des efforts de la défécation et de la pression exercée sur le rectum par les matières fécales endurcies. Ce liquide est ordinairement noirâtre; cependant, lorsque le jet est fort, et surtout lorsque l'écoulement a été déjà très-abondant, le sang peut devenir rouge ou pâle, suivant la plus ou moins grande durée de la perte.

On a beaucoup disserté pour savoir s'il fallait reconnaître un *flux hémorrhoïdal passif* et un *flux*

hémorrhoïdal actif; mais on n'a rien dit à ce sujet qui soit bien satisfaisant. Lorsqu'il y a des signes de débilité générale, lorsque les symptômes de congestion sont peu notables ou ne se sont pas manifestés, on dit généralement que le flux est passif; mais aujourd'hui que les recherches d'anatomie pathologique ont montré que la cause principale de l'écoulement était l'accumulation du sang dans les vésicules dilatées, ces explications deviennent insuffisantes. En somme, on n'a aucune preuve de l'existence de deux flux particuliers.

Mais est-ce par exhalation ou par rupture des tumeurs que se produit ce flux sanguin? On ne peut douter que dans un bon nombre de cas il n'y ait rupture des tumeurs. Les cicatrices qu'on y a trouvées dans les dissections ne permettent pas de conserver à cet égard la moindre incertitude, et c'est de cette manière qu'on explique ces jets de sang qui s'élancent quelquefois à d'assez grandes distances. Mais en est-il toujours ainsi? c'est ce qu'on ne saurait affirmer, même en mettant de côté les cas où l'écoulement s'est produit après une simple fluxion, et en n'admettant, avec quelques auteurs, comme de véritables hémorrhoïdes, que celles qui sont caractérisées par la présence des tumeurs.

Dans quelques cas, le développement des tumeurs, au lieu de se terminer par un flux sanguin, accomplit toutes ses périodes et se termine par une espèce de résolution, sans qu'il suinte une seule goutte de sang; on dit alors que les hémorrhoïdes sont *sèches*, pour les distinguer des précédentes, qu'on a appelées *fluentes;* mais cette distinction n'a pas une grande importance, car on voit, chez le même individu, les

hémorrhoïdes être sèches ou fluentes à des attaques différentes. Cependant, sous le rapport du diagnostic et du traitement, il ne faut pas oublier cette particularité.

Dans les attaques ordinaires d'hémorrhoïdes, les choses se passent comme je viens de l'indiquer, puis la douleur diminue et cesse; il en est de même de la pesanteur vers le rectum et de la sensation d'un corps étranger; les tumeurs se ramollissent, puis perdent de leur volume et se flétrissent. Elles présentent alors l'aspect de saillies isolées, molles, de couleur blafarde, indolentes, et qu'on peut facilement faire mouvoir. Quand elles sont internes, on sent avec le doigt leur détuméfaction et leur diminution de volume. En même temps que ces changemens ont lieu dans les tumeurs, les symptômes généraux diminuent: le malaise cesse, ainsi que l'agitation, le pouls revient à son état naturel, et les fonctions digestives se rétablissent. Il est fréquent même de voir les sujets mieux portans et plus dispos après ces attaques.

Mais, dans quelques cas, il survient des accidens qui méritent une mention particulière. Il est loin d'être démontré qu'il y ait toujours un certain degré d'*inflammation* dans les tumeurs hémorrhoïdales pendant l'attaque. La simple réplétion sanguine de la partie inférieure du rectum suffit, en effet, pour rendre compte de tous les phénomènes décrits plus haut; mais, dans quelques cas, cette inflammation survient d'une manière évidente, et parfois elle est très-violente. Alors la douleur est beaucoup plus vive, elle est insupportable chez quelques sujets; les parties tuméfiées sont rouges,

chaudes, et les organes voisins, tels que la vessie et les organes génitaux, participent d'une manière marquée à l'état de souffrance du rectum. De là les épreintes vésicales, la strangurie, les douleurs du périnée, du vagin, etc. On a vu cette inflammation se terminer par des abcès, soit dans l'intérieur même des tumeurs, soit dans le tissu cellulaire voisin.

On a, dans ces derniers temps, signalé un accident particulier des hémorrhoïdes, qui se lie au précédent : c'est la *phlébite*. Il est rare, ainsi que le fait remarquer M. Cruveilhier, que cette phlébite devienne purulente. Lorsqu'il en est ainsi, on voit survenir les symptômes graves que j'ai décrits à l'article *Phlébite* (t. III). Dans les cas où la phlébite reste locale et est simplement adhésive, on n'observe pas d'autres phénomènes que ceux de l'inflammation; ils viennent d'être indiqués.

Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales existent depuis longtemps, elles forment, ai-je dit, un bourrelet autour du rectum. Si elles ont été primitivement internes, les efforts de la défécation ont chaque fois tendu à les repousser au dehors, jusqu'à ce qu'enfin elles se soient montrées à l'anus. Cette espèce d'expulsion ne peut avoir lieu sans que l'intestin ne soit attiré plus ou moins en bas, bien que les tumeurs hémorrhoïdales s'allongent alors de manière à avoir un pédicule. Or, dans un assez bon nombre de ces cas, il en résule une *chute du rectum* lorsque les malades vont à la garde-robe, ce qui nécessite de leur part des manœuvres pour faire rentrer l'intestin et les tumeurs. Mais si la fluxion hémorrhoïdale a lieu avec

une certaine activité, il peut en résulter qu'après la défécation les tumeurs restent trop gonflées pour pouvoir être repoussées dans le rectum. Les malades font de vains efforts, et si un certain temps s'écoule, le gonflement, augmenté encore par une constriction de l'anus qui survient en pareil cas, s'oppose irrésistiblement à la rentrée des hémorrhoïdes. De là des phénomènes graves. On voit alors au dehors de l'anus un bourrelet violacé ou noirâtre, extrêmement douloureux au toucher, étant également le siége de douleurs spontanées vives, et séparé en plusieurs parties par quelques sillons étroits et profonds. L'anxiété est vive; les malades sont obligés de se coucher sur le côté ou sur le ventre; en un mot, les symptômes généraux indiqués plus haut se produisent avec une intensité notable.

Si, à l'aide des manœuvres que j'indiquerai plus loin, on ne peut pas parvenir à vaincre la résistance de l'anus et à faire rentrer les tumeurs, elles sont ordinairement envahies par la *gangrène*, car il est rare que les moyens ordinaires suffisent pour amener la détuméfaction de ces tumeurs ainsi étranglées. Cette gangrène est ordinairement peu profonde; elle n'atteint que les parties les plus saillantes des tumeurs qui se ramollissent, deviennent grisâtres, brunâtres ou d'un vert foncé, se détachent, et permettent au reste du bourrelet de rentrer. Dans quelques cas cependant, ainsi que les auteurs en ont cité des exemples, la gangrène envahit toute la tumeur, gagne même le rectum, et, dans ce cas, donne lieu à des accidens mortels.

Parmi les autres accidens qui peuvent avoir lieu

dans les hémorrhoïdes, il faut signaler les *fissures* et les *ulcérations*. Ces lésions rendent les tumeurs fort douloureuses, augmentent encore la difficulté de la défécation, et donnent lieu à un suintement purulent qui peut se continuer lorsque les tumeurs sont en partie flétries.

En l'absence de toute fissure et de toute ulcération, peut-il y avoir un écoulement purulent ou muco-purulent de l'anus chez les hémorrhoïdaires? L'existence de ce flux, auquel on a donné le nom d'*hémorrhoïdes blanches* ou de *leucorrhée anale*, ne paraît pas douteux d'après les recherches des auteurs; cependant il serait à désirer que le fait fût constaté avec plus de soin. Quelle qu'en soit du reste la cause, il est certain que chez des sujets affectés depuis longtemps d'hémorrhoïdes, on voit ces *flux blancs* se produire ordinairement avant et après les attaques, et parfois même remplacer le flux sanguin.

La *constipation*, que nous avons vue être la cause la plus fréquente des hémorrhoïdes, est ordinairement augmentée par celles-ci, ce que l'on conçoit très-bien, puisque, d'une part, la défécation est douloureuse, et que, de l'autre, les tumeurs volumineuses obstruent plus ou moins l'intestin.

Enfin, lorsque les pertes de sang sont abondantes et fréquemment répétées, on voit apparaître les signes de l'*anémie*, avec les troubles nerveux et fonctionnels qui la caractérisent, et qui ne diffèrent pas de ceux qui ont été décrits à l'occasion de l'anémie lentement survenue à la suite des hémorrhagies. (*Voyez* articles *Anémie*, t. III; *Épistaxis*, t. I[er], etc.)

Formes particulières. Je dirai peu de mots sur les formes des hémorrhoïdes. Nous avons vu, en effet, d'après ce que j'ai dit des divisions proposées, que ce n'est pas là une question aussi importante que plusieurs auteurs l'ont pensé. Les principales sont celles que nous avons signalées déjà, d'après quelques symptômes; ainsi, par exemple, les hémorrhoïdes *fluentes* et *sèches*, les hémorrhoïdes *blanches*, les hémorrhoïdes *internes* et *externes*. Il y a, je le répète, tant de variations chez le même individu, qu'on ne peut presque jamais ranger exclusivement les divers cas sous une de ces dénominations. Je dirai tout à l'heure, à propos de la marche de la maladie, quelques mots des hémorrhoïdes *régulières* et *irrégulières*.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* des hémorrhoïdes est, on peut le dire, essentiellement intermittente. Cependant si, comme on l'a proposé, on fait une distinction entre le flux hémorrhoïdal et les tumeurs, on doit établir une exception à l'égard de celles-ci. Lorsqu'elles sont anciennes, volumineuses, et surtout ulcérées, elles donnent toujours lieu à quelques symptômes, tels que pesanteur à l'anus, difficulté de la défécation, flux blanc, etc.; mais alors même il survient, à des intervalles variables, une série d'accidens qui constituent les *attaques*. Ces attaques sont formées par la réunion des symptômes précédemment décrits, et dont les principaux constituent la fluxion hémorrhoïdale, le développement des tumeurs et le flux sanguin. Avant et après leur invasion, les malades sont dans un état de santé très-supportable, sinon par-

fait, et, après elles, les symptômes locaux se calment ou se dissipent complétement. Chez quelques sujets, ces attaques ont une périodicité marquée, et imitent ainsi les périodes menstruelles. Nous avons vu plus haut que ces hémorrhoïdes *périodiques* et *régulières* pouvaient remplacer les menstrues; mais en examinant les faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a beaucoup d'exagération dans ce que l'on a dit à cet égard. Le plus souvent, au contraire, les attaques sont *irrégulières*, et l'on conçoit que l'hygiène des sujets puisse faire varier considérablement l'époque de leur apparition.

Il faut distinguer la *durée* de ces attaques de la *durée* des hémorrhoïdes elles-mêmes. On voit, dans un certain nombre de cas, celles-ci guérir après une ou plusieurs attaques, et il n'est pas possible, sous ce rapport, de déterminer d'une manière un peu précise la durée de l'affection. Très-souvent, au contraire, elles persistent toute la vie, tantôt très-violentes, tantôt plus légères. C'est dans ces cas que la douleur et la perte de sang abondante inspirent le plus souvent des inquiétudes aux malades, rendent leurs fonctions pénibles, et produisent l'hypochondrie. La durée des attaques varie de quatre ou cinq jours à une ou plusieurs semaines.

Quant à la *terminaison*, nous avons peu de chose à en dire. Nous avons vu plus haut qu'il est fort rare que le flux hémorrhoïdal soit assez abondant pour compromettre les jours du malades. Quelquefois, mais très-rarement encore, la mort est causée par la gangrène ou par la phlébite suppurative. La guérison s'obtient ordinairement lorsque les hémorrhoïdes sont dues à une cause qui disparaît d'elle-

même ou qu'on peut faire facilement cesser, comme la grossesse ou une constipation peu rebelle.

§ V. — Lésions anatomiques.

J'ai dit, en commençant, que les recherches modernes avaient surtout éclairé l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes. Il ne faut pas croire néanmoins que ce sujet ait été négligé avant ces derniers temps; car un bon nombre d'auteurs, parmi lesquels on doit principalement citer Stahl, Alberti, Morgagni et Lassus, ont fixé leur attention sur ce point, et sont arrivés à ce résultat, que les hémorrhoïdes sont de véritables varices des veines hémorrhoïdales. Sans entrer à ce sujet dans une discussion qui nous entraînerait au-delà des limites de notre cadre, disons qu'aujourd'hui, grâce surtout aux dissections de MM. Blandin et Jobert (de Lamballe) on s'est généralement rangé à cette opinion, quoique cependant quelques auteurs y aient apporté certaines restrictions que j'indiquerai succinctement.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du nombre et du volume des tumeurs dans la description des symptômes. A l'intérieur du rectum, on les trouve formant bourrelet, parfois pédiculées, et parsemées de renflemens veineux apparens. A l'extérieur, elles ont l'aspect précédemment indiqué. Quelquefois, suivant la remarque du docteur Brodie (*Lect. on Hemorr.*; Lond. Med. Gaz., 1835), il faut pousser une injection dans les veines pour rendre apparentes leurs dilatations et par conséquent la tuméfaction; mais ordinairement il est facile de reconnaître les tumeurs après la mort. Parfois formées de veines dilatées dans tous les points de leur circonférence, et semblables

aux varices des membres inférieurs, elles se présentent, dans les autres cas, sous forme d'ampoules ou de cellules communiquant avec les veines, ou plutôt, comme l'a constaté M. Jobert, elles ne sont autre chose que des points dilatés de ces veines, puisque, dans tous les cas, cet auteur a pu reconnaître la paroi du vaisseau. Mais comme, par suite de l'inflammation dont la tumeur peut être le siége, il survient fréquemment une phlébite adhésive, il en résulte que cette disposition est parfois difficile à saisir, parce que le vaisseau est oblitéré avant d'arriver à la tumeur. En outre, l'hypertrophie et l'endurcissement des parois veineuses et de la muqueuse, l'adhérence de celle-ci, l'infiltration du tissu sous-muqueux, son induration, l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire environnant, sa collection en foyer enkysté, sont autant de lésions qui rendent la dissection difficile. Il est du reste facile de comprendre quelle est l'origine de ces lésions. On trouve dans l'intérieur des cavités, surtout lorsque les sujets ont succombé pendant une attaque ou peu de temps après, soit du sang noir ou liquide, soit des caillots plus ou moins fermes et plus ou moins décolorés.

Il arrive assez souvent qu'un grand nombre de petits vaisseaux veineux rampent dans les tumeurs hémorrhoïdales; c'est, ainsi que le fait remarquer M. P. Bérard (*Dict. de Méd.*, art. *Hémorr.*), ce qui a fait croire à quelques auteurs, et en particulier à Laennec et à Béclard, que les hémorrhoïdes peuvent être formées par un véritable tissu érectile. La ressemblance est surtout fort grande, comme l'a également noté l'auteur que je viens de citer, lorsqu'il existe en même temps une extravasation sanguine dans le

tissu cellulaire. Parfois, dans les cas d'hémorrhoïdes anciennes, le lacis des veines dilatées est si considérable qu'il enveloppe complétement la partie inférieure du rectum.

Dè ces faits M. Bérard conclut qu'il faut admettre trois formes d'hémorrhoïdes: la première est la forme *variqueuse;* la seconde est la forme *érectile*, ce qui ne veut pas dire que les tumeurs soient formées d'un tissu entièrement semblable à celui qu'on a désigné sous ce nom; enfin, dans la troisième forme, les tumeurs sont dures, ne contiennent pas de sang, et on les désigne sous le nom de *marisques*. C'est à l'inflammation adhésive dont il a été parlé plus haut qu'il faut attribuer ce dernier état des tumeurs, qui, faute d'avoir été convenablement étudié, a souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Si j'ajoute que dans les hémorrhoïdes anciennes on peut trouver un épaississement de la muqueuse rectale se prolongeant au-delà des limites des tumeurs; des traces de fissure, d'ulcération, d'abcès; des cicatrices résultant de la rupture des sacs variqueux, on aura tout ce qu'il importe de savoir sur l'état du rectum dans les hémorrhoïdes.

Quant aux autres organes, ils ne présentent souvent rien de particulier, si ce n'est les lésions propres à la maladie qui a causé la mort, et qui est ordinairement étrangère aux hémorrhoïdes. Les affections organiques du foie, les tumeurs abdominales gênant la circulation veineuse, qu'on trouve quelquefois, ont un rapport direct avec la maladie. Enfin, si la constipation a été très-opiniâtre, il peut y avoir une dilatation du rectum au-dessus du point occupé par les hémorrhoïdes.

On voit que je n'ai point parlé des dégénérescences cancéreuses, squirrheuses, qu'on a cru pouvoir se produire quelquefois dans les hémorrhoïdes. Je ne nierai pas certainement que le cancer ne puisse s'emparer de la partie du rectum occupée par les tumeurs; mais que l'existence de celles-ci ait eu une influence réelle sur la production du cancer, voilà ce qui n'est nullement prouvé, et par conséquent la question perd pour nous la plus grande partie de son intérêt.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le *diagnostic* des hémorrhoïdes ne présente, dans le plus grand nombre des cas, aucune difficulté sérieuse. Pour l'établir avec précision, il faut avoir égard, comme on l'a fait généralement, et malgré les objections dont j'ai parlé plus haut, au flux hémorrhoïdal aussi bien qu'aux tumeurs.

Le flux hémorrhoïdal pourrait être confondu avec une hémorrhagie d'une portion plus élevée de l'intestin, et s'il n'y a encore que simple congestion rectale, sans dilatation veineuse bien apparente, sans tumeur appréciable, ce diagnostic mérite une certaine attention. La tension de la partie inférieure du rectum, la tuméfaction de l'anus, les circonstances dans lesquelles se produit l'hémorrhagie, c'est-à-dire après une constipation plus ou moins longue; l'absence de toute tumeur dans l'abdomen, et des signes de cancer, d'affection typhoïde, de scorbut, etc., mettront promptement sur la voie. Si les tumeurs caractéristiques existent, il n'y a plus aucune difficulté, et on ne peut pas confondre les hémorrhoïdes avec l'*entérorrhagie*, dont nous avons

donné plus haut l'histoire. Quant à la couleur noire du sang rendu dans cette dernière affection, elle n'est pas, ainsi que le fait remarquer M. Raige-Delorme, un signe suffisant pour se prononcer.

« Lorsque le sang a sa source dans un ulcère du rectum, il est, dit M. Récamier (*loc. cit.*), plus ou moins sanieux ou mêlé de pus, et le doigt introduit dans l'anus en est retiré couvert d'une sanie fétide. » Ajoutons qu'on peut reconnaître par ce toucher la surface inégale de l'ulcère ordinairement cancéreux.

Lorsque les tumeurs existent et sont volumineuses et gonflées, il ne saurait y avoir la moindre hésitation. Cependant, si ces tumeurs sont envahies par une inflammation assez vive, on peut se demander si l'on n'a pas affaire simplement à une inflammation du tissu cellulaire de la marge de l'anus. Mais celle-ci n'occupe pas tout le pourtour de l'intestin; elle se manifeste par un point douloureux et induré entre le rectum et la tubérosité sciatique; la congestion caractéristique n'a pas existé, et enfin, pour rendre la distinction plus facile, il suffit de dire que cette inflammation n'atteint guère que des tumeurs existant déjà depuis un certain temps, et après plusieurs attaques d'hémorrhoïdes.

Les *polypes du rectum* peuvent-ils être confondus avec les tumeurs hémorrhoïdales? c'est ce qu'ont pensé quelques auteurs, et voici les signes distinctifs qu'on a donnés comme propres à faire éviter les erreurs. Les polypes sont plus fermes, ils ne se montrent pas en nombre considérable, ils ne donnent pas lieu à ces alternatives d'intumescence et de flétrissure qui caractérisent les tumeurs hémorrhoïdales.

Lorsque ces tumeurs sont endurcies, flétries, et sur-

tout lorsqu'elles sont le siége d'un suintement blanc, par une des causes précédemment indiquées, on pourrait les prendre pour des végétations syphilitiques. Mais encore ici la manière dont les tumeurs sont survenues, l'absence d'hémorrhagie antérieure, et enfin certaines particularités de forme, comme celle de crête, de chou-fleur, de poireau, etc., ne permettent pas de rester longtemps dans l'incertitude.

Enfin il n'est point difficile de distinguer les tumeurs internes formant bourrelet, du *cancer* du rectum. Outre l'absence des phénomènes des attaques hémorrhoïdales, la dureté du squirrhe, l'absence de séparation des tumeurs, la profondeur à laquelle pénètre la maladie et que l'on peut facilement apprécier, des ulcérations lorsque la maladie est avancée, font aisément reconnaître le cancer.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs du flux hémorrhoïdal sans tumeurs appréciables, et de l'entérorrhagie proprement dite.*

FLUX HÉMORRHOÏDAL.	ENTÉRORRHAGIE.
Tension de la partie inférieure du rectum.	*Pas de tension* de la partie inférieure du rectum.
Tuméfaction de l'anus.	*Pas de tuméfaction* de l'anus.
Constipation antécédente.	Souvent *pas de constipation* antécédente.
Pas de tumeur dans l'abdomen.	*Tumeur* de l'abdomen dans les cas de cancer.
Pas de signes de cancer ou d'affection typhoïde, de scorbut, etc.	*Signes* de cancer, d'affection typhoïde, de scorbut, etc.

2°. *Signes distinctifs des hémorrhoïdes et des tumeurs cancéreuses du rectum.*

HÉMORRHOÏDES.	TUMEURS CANCÉREUSES.
Précédées de la congestion hémorrhoïdale.	*Non précédées* de la congestion hémorrhoïdale.
Revenues *à plusieurs reprises* par attaques.	Développées *graduellement*.

Moins dures; séparées par des *sillons.*	*Dures;* bosselées; *sans sillons* aussi prononcés.
Point de sanie cancéreuse.	*Sanie cancéreuse,* dans les cas d'ulcération.

3°. *Signes distinctifs des hémorrhoïdes et des excroissances de l'anus.*

HÉMORRHOÏDES.	EXCROISSANCES.
Arrondies; violettes; séparées par des *sillons.*	*Formes diverses;* poireaux, choux-fleurs, etc.; couleur *blanc sale* ou *rosée.*
Revenues *par attaques* avec *congestion* hémorrhoïdale.	Développées *graduellement, sans congestion.*

Pronostic. Le pronostic des hémorrhoïdes est presque toujours très-peu grave, en ce sens que cette affection ne menace presque jamais la vie. Mais lorsqu'elles sont anciennes, elles peuvent présenter une série d'accidens incommodes dont j'ai donné plus haut la description. Avant qu'elles soient devenues ainsi *constitutionnelles*, pour me servir de l'expression consacrée, on peut parvenir à les guérir; le pronostic est donc d'autant moins sérieux, que la maladie est plus récente. Cependant il faudrait se garder de regarder ce pronostic comme rigoureux, et d'annoncer une guérison même probable, par cela seul que les hémorrhoïdes sont récentes; il faut encore considérer les causes qui ont produit la maladie, s'informer si on peut en accuser une constipation accidentelle, cas le plus favorable, mais le plus rare, et, dans tous les cas, être très-circonspect sur le pronostic; car combien de fois ne voit-on pas cette maladie persister malgré tous les moyens mis en usage?

La trop grande abondance de l'hémorrhagie est une circonstance fâcheuse; il est à peine besoin de le dire; toutefois il faut, avant de se prononcer, considérer ses effets, car si cette abondance n'est pas

excessive, elle peut produire de bons résultats, même lorsque la perte paraît considérable.

La gangrène du bourrelet hémorrhoïdal sorti et comprimé par l'anus n'a pas autant de dangers qu'on pourrait le croire au premier abord; nous avons vu, en effet, plus haut qu'elle n'est que partielle. Il arrive même qu'après la chute des parties gangrénées, le flux hémorrhoïdal se suspend, et tous les autres symptômes locaux disparaissent ou diminuent notablement; mais ce n'est toûjours que pour un certain temps. J'ai vu, dans un cas, cette guérison apparente durer plus d'un an; mais au bout de ce temps, les tumeurs hémorrhoïdales se reproduisirent et se compliquèrent, comme auparavant, de chute du rectum. Lorsque la gangrène envahit le rectum, le cas est très-grave, puisque nous avons vu que c'était là une des causes de la terminaison fatale.

La phlébite adhésive est une complication plutôt favorable que nuisible; car si elle donne lieu à des douleurs plus ou moins vives, elle est suivie de la flétrissure plus ou moins durable des tumeurs hémorrhoïdales. Il n'en est pas de même de la phlébite suppurative, qui donne lieu à des accidens mortels, mais qui est heureusement fort rare.

Pour terminer ce qui a rapport au pronostic, je dirai un mot de la *suppression des hémorrhoïdes*, quoiqu'elle ne s'y rattache qu'indirectement. Cette supression a été regardée comme fort grave dans un bon nombre de cas, et surtout lorsque le flux hémorrhoïdal est devenu constitutionnel. Il faudrait énumérer presque toutes les maladies, pour faire connaître celles dont on a attribué l'apparition à la suppression de ce flux. On trouve sans doute, dans

les auteurs, un certain nombre de cas, où la production d'une maladie du cerveau, des poumons, etc., ayant suivi presque immédiatement la suppression des hémorrhoïdes, on a pu soupçonner celle-ci d'être la cause du mal; et ce qui est plus probant, on a vu quelquefois cette maladie disparaître dès qu'on a eu reproduit le flux supprimé. Mais ces cas sont infiniment plus rares qu'on ne le pense, et, tout le monde en convient, on a extraordinairement exagéré l'influence de cette cause. Il ne faut donc pas se hâter de porter un fâcheux pronostic lorsqu'on voit les hémorrhoïdes se supprimer; mais on ne doit pas laisser d'en surveiller les suites.

Aujourd'hui personne ne voudrait se ranger de l'avis des médecins qui, avec Alberti (*Diss. de Hæmorrh. longæv. causâ*), regardent les hémorrhoïdes comme une cause réelle de longévité. Au reste, les considérations dans lesquelles je suis entré à l'article *Épistaxis* (t. Ier) s'appliquent, sous ce point de vue, aux hémorrhoïdes.

§ VII. — Traitement.

Le traitement des hémorrhoïdes est, sans contredit, un des plus riches de toute la pathologie; mais aussi il n'en est aucun qui ait été étudié avec moins de rigueur dans la plupart de ses points. C'est un amas confus d'une multitude de moyens divers, parmi lesquels il faut péniblement chercher ceux qui ont en leur faveur quelques résultats de l'expérience. Pour mettre un peu d'ordre dans cet article, on doit diviser nécessairement le traitement en traitement curatif des hémorrhoïdes récentes ou ancien-

nes, et en traitement des symptômes et des accidens, ou traitement palliatif.

1°. *Traitement curatif de l'affection. — Hémorrhoïdes récentes.* Les hémorrhoïdes récentes sont celles, comme nous l'avons dit plus haut, dont il est le plus facile de triompher. Les *émissions sanguines* ont été mises en usage, dans ce but, par les médecins qui avaient l'intention de faire cesser la congestion. La *saignée générale* est cependant rarement pratiquée, quoique quelques auteurs y aient vu un puissant moyen de dérivation. Ce sont les *sangsues* en assez grand nombre sur le pourtour de l'anus qui sont le plus fréquemment employées. Le soulagement qui résulte souvent de leur application, et la détuméfaction de la partie inférieure du rectum, prouvent que ce moyen ne manque pas d'efficacité. On applique les sangsues au nombre de 20, 25 ou 30, et on y revient à plusieurs reprises, si le cas paraît l'exiger. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le degré d'action de ce moyen n'a pas été rigoureusement recherché.

Purgatifs. Les purgatifs sont ensuite prescrits pour faire cesser la constipation, qui précède presque toujours l'apparition des hémorrhoïdes. Il serait inutile d'indiquer ici en détail les purgatifs mis en usage. Qu'il me suffise de dire qu'on emploie généralement les purgatifs doux. Mais il est deux substances qui sont purgatives et auxquelles on a en outre attribué presqu'une vertu spécifique : ce sont le calomel et le tartrate de potasse.

Le *calomel* est principalement prescrit en Amérique et en Angleterre. Montègre cite un cas de guérison, par cette substance, d'hémorrhoïdes avec flux

énorme, et tellement douloureuses, qu'elles causaient des défaillances dans les rues. Le malade n'avait que dix-sept ou dix-huit ans. Montègre ne paraît pas douter que, dans ce cas, le calomel ait réellement agi comme altérant. Mais l'observation manque des détails les plus importans. On ne sait si les hémorrhoïdes étaient anciennes, si avant le traitement la constipation était opiniâtre, si elle a cessé par suite de l'administration du calomel, et en outre on avait mis le malade, pendant dix-huit mois, à la diète lactée, ce qui valait bien la peine qu'on en tînt compte. J'ai cité ce fait pour montrer toute la négligence qu'on a apportée à l'examen de ces questions thérapeutiques; il me serait facile d'en citer beaucoup de semblables. Et l'on s'étonne, après cela, que la thérapeutique soit si peu avancée!

Il n'est donc nullement prouvé que le calomel agisse autrement que comme purgatif. On le donne de la manière suivante :

℞ Calomel à la vapeur...........	0,15 à 0,20	grammes.
Sucre en poudre..............	1	gramme.

A prendre en deux prises dans la journée.

On renouvelle cette dose tous les jours, s'arrêtant si on s'aperçoit que les gencives deviennent douloureuses.

Le *tartrate de potasse* agit-il d'une autre manière? c'est ce qui est tout aussi douteux. Parmi les auteurs qui ont recommandé ce médicament, il n'en est aucun qui ait plus insisté que Hildebrandt. Voici comment ce médecin le prescrivait :

℞ Tartrate de potasse.................	4	grammes.
Extrait de gentiane..................	1,25	grammes.
Eau de mélisse.......................	90	grammes.

A prendre le matin à jeun, et le soir avant de se coucher.

Si les tumeurs sont très-considérables et très-douloureuses, prescrire cette dose trois et même quatre fois par jour.

Si les malades sont sujets au dévoiement, réduire la dose du sel à 1,25 grammes.

Hildebrandt dit qu'il ignore la manière d'agir de ce remède; mais, je le répète, tout porte à croire que c'est comme laxatif. Ajoutons d'ailleurs que ce médecin mettait en même temps en usage l'*eau froide* dont je vais parler.

Ce qu'il y a de curieux dans l'emploi des purgatifs, c'est que, comme nous le verrons plus tard, ces médicamens, mis en usage pour faire disparaître les hémorrhoïdes, le sont aussi pour les rappeler quand elles ont été supprimées. Je reviendrai sur ce point.

Boisson, lotions, demi-bains, lavemens d'eau froide. Tous ces moyens ont été mis en usage; quelques-uns par les conseils des médecins, d'autres par les malades. Ce sont surtout les lotions et les bains de siége froids que ces derniers ont employés, dans le but de faire cesser un écoulement de sang incommode. Mais tous les médecins s'accordent à regarder ces moyens comme très-dangereux. L'eau froide en boisson n'a probablement d'autre effet que de rendre la défécation plus facile quand elle est prise en assez grande quantité. Les *lavemens*, les *injections ou douches ascendantes d'eau froide* sont principalement recommandés par Montègre, qui, dit-il, aurait pu citer de nombreux exemples obtenus par ce moyen; il est fâcheux qu'il ne l'ait point fait. Il ne faut pas que l'eau soit très-froide; Montègre assure avoir vu des sujets très-irritables sur lesquels les premières douches d'eau glacée produisaient une tuméfaction plus grande de l'intestin. Quand on connaît la marche

de la maladie et la difficulté qu'il y a, au commencement de la fluxion hémorrhoïdale, à l'empêcher d'atteindre un certain degré, on se demande si l'auteur n'a pas été trompé par de simples apparences.

Astringens. Les astringens agissent dans le même sens que l'eau froide, mais avec plus d'efficacité. Ce sont encore des moyens regardés comme très-dangereux et qu'on ne conseille de mettre en usage que dans les cas où le flux hémorrhoïdal paraît *passif.* Mais est-il facile, est-il même possible de reconnaître qu'un pareil flux est réellement passif? Voilà ce qu'il faudrait établir avant de proposer la médication. L'*eau blanche*, la *solution d'alun* à la dose 4 grammes par 500 grammes d'eau, l'*eau vinaigrée*, etc., sont principalement employées en lotions.

Tels sont, parmi les moyens recommandés pour faire cesser complétement les hémorrhoïdes récentes, ceux qui méritent d'être mentionnés. On n'attend pas de moi sans doute que je rapporte ici les merveilles produites par des substances très-variées, portées en *amulette.* Je veux seulement faire remarquer qu'il n'est aucune affection qui ait été l'objet d'un aussi grand nombre de cures miraculeuses. La marche si capricieuse de la maladie, dans certains cas, suffit pour donner l'explication de tous ces faits surprenans au premier abord, et nul doute que si quelqu'un des auteurs qui nous ont précédés avait étudié avec méthode les faits soumis à son observation, il y eût trouvé la clef de toutes ces guérisons extraordinaires qu'on voit rapportées dans plusieurs ouvrages avec beaucoup de complaisance.

Hémorrhoïdes anciennes. Lorsque les hémorrhoïdes sont anciennes, que les attaques ont eu lieu à de

nombreuses reprises, et que les tumeurs conservent un assez grand volume dans l'intervalle de ces attaques, on ne peut pas espérer d'obtenir la guérison radicale à l'aide des moyens précédens; et si, pour un motif quelconque, on juge que le malade doit être débarrassé de son mal, il faut nécessairement avoir recours aux opérations chirurgicales.

L'*extirpation des hémorrhoïdes* n'est pratiquée que lorsque le bourrelet très volumineux empêche la défécation, lorsque ce bourrelet ne peut plus rester dans le rectum, qu'il s'échappe au dehors et entraîne irrésistiblement l'intestin, lorsqu'en un mot l'affection est devenue tout à fait insupportable. Je ne décrirai pas ici les opérations chirurgicales qu'on pratique en pareil cas, je me contenterai de les indiquer[1].

C'est d'abord la *ligature des tumeurs,* déjà recommandée par Hippocrate et Galien, opération aujourd'hui généralement abandonnée par les médecins français à cause de sa difficulté, de la douleur très-vive qu'elle cause, et surtout des accidens mortels auxquels elle peut donner lieu. Cependant plusieurs médecins célèbres, surtout en Angleterre, sont loin de partager cette réprobation contre la ligature;

[1] On sera peut-être surpris de me voir passer sous silence la description de ces opérations, après avoir exposé en détail d'autres procédés chirurgicaux, notamment dans l'histoire de l'épistaxis et du croup. Mais en y réfléchissant, on comprendra bientôt les raisons qui m'engagent à agir ainsi. Je me suis imposé la tâche de décrire les opérations chirurgicales, mais seulement lorsqu'elles peuvent être tellement urgentes que le médecin doit être à même de les pratiquer aussi bien qu'un chirurgien, et c'est ce qui a lieu pour le tamponnement dans l'épistaxis et la trachéotomie dans le croup. Mais l'extirpation des hémorrhoïdes est une opération qu'on peut prévoir et préparer d'avance.

et à ce sujet le docteur Brodie (*London Med. Gaz.*, *loc. cit.*) établit une distinction importante. Pour lui l'incision doit être pratiquée lorsqu'il s'agit de tumeurs hémorrhoïdales externes; mais il faut avoir recours à la ligature pour les tumeurs internes. Dans celles-ci, en effet, suivant cet auteur, les accidens signalés plus haut ne sont pas à craindre, et de plus on n'a pas à redouter l'hémorrhagie interne, accident très-grave, dont je parlerai plus loin. Il ne m'appartient pas de décider quelle est de ces deux opinions celle qu'on doit adopter. On doit consulter à ce sujet les traités de chirurgie, ainsi que pour les divers procédés employés dans la ligature des tumeurs.

On a eu recours au *cautère actuel*, et ce moyen a réussi assez souvent, au rapport des auteurs; mais ses inconvéniens ne paraissent pas moindres que ceux du précédent. Nous verrons plus loin qu'on s'en est également servi, non plus pour guérir radicalement la maladie, mais pour arrêter l'hémorrhagie trop abondante.

L'emploi des *caustiques*, tels que les acides, le chlorure d'antimoine, etc., est également abandonné; car outre la douleur qu'ils causent, il est difficile d'en borner les effets, et l'on peut atteindre le rectum et les tissus environnans.

On a proposé, après Galien, de réunir la *ligature à l'excision*, c'est-à-dire de lier d'abord les tumeurs et de les exciser ensuite. Mais cette pratique, qui n'aurait d'autre avantage que de s'opposer à l'hémorrhagie, est abandonnée parce qu'on a des moyens plus efficaces de prévenir cet accident.

C'est l'*excision* seule qui est aujourd'hui mise en

usage, et l'on trouve dans tous les traités de pathologie la manière fort simple de la pratiquer. Mais il est une question que je ne dois pas passer sous silence : faut-il enlever toutes les tumeurs, ou en laisser une, comme le voulait Hippocrate, dont l'opinion a été partagée ensuite par la plupart des médecins? Montègre se prononce contre cette pratique, par la raison que ce n'est pas ordinairement par les tumeurs, mais par la membrane muqueuse que s'écoule le sang. Mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, cette question ne peut être résolue ainsi. Les recherches modernes ont, en effet, prouvé que c'est bien par la rupture des tumeurs, ou du moins par leur surface, que se fait jour le flux hémorrhoïdal. Toutefois on n'hésite pas à enlever toutes les tumeurs, parce qu'on peut ensuite rémédier, par l'application des sangsues, à la suppression du flux. Les mêmes raisons avaient engagé quelques chirurgiens à extirper les tumeurs les unes après les autres; mais, ainsi que nous venons de le voir, elles sont regardées comme ayant peu de valeur.

Hémorrhagie consécutive. L'accident le plus grave qui puisse résulter de l'excision, surtout quand il s'agit d'hémorrhoïdes internes, c'est l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie peut donner lieu à un écoulement de sang au dehors; mais en même temps ce liquide s'accumule dans l'intérieur du rectum, et il y a alors à la fois hémorrhagie interne et externe. Il n'est pas rare de voir l'hémorrhagie interne exister seule. Le malade a la première conscience de l'écoulement de sang dans le rectum, lorsqu'il sent une chaleur douce dans le bas-ventre, bientôt suivie de la distension de l'organe. Toutefois ces phénomènes

n'excitent pas ordinairement l'alarme, et on ne songe à l'hémorrhagie que lorsque surviennent les horripilations, le froid des extrémités, la pâleur de la face, les sueurs, en un mot les symptômes généraux de l'hémorrhagie interne, que nous avons eu souvent occasion de signaler. Je ne peux mieux faire, pour indiquer les moyens propres à remédier à cet accident, que de transcrire ici le passage que M. Bérard leur a consacré dans le *Dictionnaire de Médecine* (*loc. cit.*) :

Traitement de l'hémorrhagie consécutive.

« On prescrit au malade de faire des efforts de défécation pour évacuer les caillots ; on administre des lavemens froids, rendus astringens par l'addition de l'alun en dissolution, ou de la décoction de tan, ou de noix de galle. On administre en même temps à l'intérieur les astringens usités dans les cas analogues. On peut encore poser sur le point saignant, qui est amené au dehors par les efforts de défécation, une dissolution d'alun, de sulfate de fer ou de cuivre, que l'on applique soit avec un pinceau, soit avec des boulettes de charpie. Lorsque ces moyens sont insuffisans, il faut recourir sans délai à la cautérisation ou au tamponnement.

« On a conseillé d'employer la cautérisation immédiatement après l'excision, afin de prévenir l'hémorrhagie. Mais comme cette pratique n'est point elle-même sans inconvéniens graves, il vaut mieux attendre que le besoin s'en fasse sentir, en ayant soin toutefois de suivre avec sollicitude les phénomènes qui succèdent à l'opération, et de préparer à l'avance tout ce qui peut être nécessaire pour opérer la cautérisation avec la plus grande promptitude, dès que les premiers symptômes d'hémorrhagie se manifestent. On pratique la cautérisation avec le fer rouge introduit au moyen d'un spéculum.

Tamponnement. « Lorsqu'on agit assez promptement, il est rare que le tamponnement, convenablement pratiqué,

ne suffise pas pour arrêter l'hémorrhagie. J. L. Petit tamponnait au moyen d'un gros bourdonnet de charpie lié par deux fils croisés dont les chefs ressortaient par l'anus. Ce bourdonnet était enfoncé aussi haut que possible dans le rectum; entre les quatre liens, il plaçait en dehors de l'anus un bourdonnet volumineux et résistant sur lequel il les nouait, de telle sorte que les parties saignantes se trouvaient comprimées entre le tampon intérieur, amené en bas, et l'extérieur porté en haut. L'appareil était complété par des compresses épaisses et un bandage en T. — Boyer s'est servi avec succès d'un morceau de toile carré dont il enfonçait le milieu dans l'intestin. Au centre de la bourse ainsi formée, il entassait une quantité suffisante de charpie; puis, tirant à lui les chefs de la compresse, il en amenait le fond ainsi que la masse qui l'emplissait, contre l'anus, de manière à comprimer avec force les parties intéressées dans l'opération. Dupuytren a employé avec autant d'avantage une vessie introduite dans le rectum et remplie de la même manière.

« M. Bégin, considérant que ces procédés présentent le grave inconvénient de retenir dans l'intestin les gaz et les matières stercorales, donne le conseil de se servir d'une canule en argent ou en gomme élastique, longue de six à huit pouces, ouverte à ses deux extrémités, et garnie d'une chemise de toile convenablement large, semblable à celle dont se servait Dupuytren contre les hémorrhagies profondes et en nappe, qui succèdent à la cystotomie latéralisée. A l'aide de cet instrument, dit-il, on peut tamponner le rectum avec autant de force que d'exactitude, en même temps que les excisions gazeuses conservent leur liberté, et que l'on peut même porter dans l'intestin les injections nécessaires pour calmer son irritation, ou entraîner les matières qui l'emplissent. (*Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, article *Hémorrhoïdes.*) »

Dupuytren (*Leçons orales*, t. Ier, p. 348) a proposé, pour éviter l'hémorrhagie qui suit l'excision, de ne point les extirper à leur base, et de n'en enle-

ver qu'une portion saillante au dehors. En agissant ainsi, on laisse en apparence, dit-il, une masse assez considérable à la marge de l'anus qui pourrait faire croire qu'on n'a point emporté une quantité suffisante du bourrelet; mais avec la cicatrisation tout rentre dans l'ordre, et l'ouverture revient à l'état normal; car on n'a pas à craindre, comme dans l'extirpation complète, un retrécissement consécutif de l'anus.

Enfin, pour obvier à l'accident qui vient d'être indiqué, MM. Jobert (*Gaz. méd.*, 1840) et Velpeau ont proposé des procédés particuliers. Voici d'abord celui de M. Jobert : « Après avoir, dit-il, par l'administration d'un lavement, ou en faisant faire au malade des efforts de défécation, provoqué l'issue des tumeurs hémorrhoïdales, je les saisis avec des pinces érignes de manière à les maintenir au dehors pendant tout le temps nécessaire à l'opération; avec un bistouri convexe, conduit en dédolant de dedans en dehors, je les divise lentement, et à mesure qu'un vaisseau fournit du sang, j'en opère la ligature au moyen d'un fil simple; mais pour prévenir l'hémorrhagie consécutive, il est nécessaire non-seulement de lier toutes les artères, mais encore toutes les veines un peu considérables. Si, lorsqu'au bout d'un certain temps, la crispation causée par la douleur ayant cessé, et le cœur ayant repris sa force d'impulsion, la plaie bien épongée ne fournit plus de sang, on peut alors l'abandonner à elle-même sans crainte; une hémorrhagie consécutive est impossible. »

PROCÉDÉ DE M. VELPEAU.

« Espérant, dit M. Velpeau, éviter mieux l'hémorrhagie,

l'inflammation et l'infection purulente, j'ai imaginé de réunir les plaies de l'excision des tumeurs ou des bourrelets hémorrhoïdaux, par première intention. Pour cela, je fixe au dehors, avec une érigne, chaque tumeur à enlever, et j'en traverse la racine avec un nombre suffisant de fils. Coupant aussitôt les tissus au-devant avec le bistouri ou de bons ciseaux, je n'ai plus qu'à saisir successivement tous les fils pour les nouer et compléter autant de points de suture simple. Les mèches, le tamponnement, sont alors inutiles, et la guérison est souvent complète du dixième au quinzième jour. (*Méd. opér.*, t. III, p. 765.) »

Un autre accident résultant de l'excision, et qui, dans quelques cas, est fort grave, a été signalé par M. J. Burne (*loc. cit.*) : c'est la *cicatrisation incomplète*. Il en résulte, surtout pendant les efforts de la défécation, des douleurs très-violentes, qui, ainsi que l'a remarqué cet auteur, peuvent rendre l'existence insupportable. Pour s'opposer à cette conséquence fâcheuse, il faut avoir soin, après les jours qui suivent l'opération, de tenir le ventre libre, d'empêcher, à l'aide de lavemens, le contact irritant des matières fécales, et de favoriser la cicatrisation à l'aide de pommades astringentes.

Il faut en outre indiquer, comme pouvant être la conséquence de l'excision, le *rétrécissement du rectum* signalé en particulier par J. L. Petit et Boyer. Le dernier a réussi à le faire disparaître en pratiquant plusieurs incisions au pourtour de l'anus, et en dilatant ensuite à l'aide des mèches.

La simple *incision* a également été proposée ainsi que la *rescision*, mais ces moyens ne sont pas généralement adoptés. M. P. Bérard a appliqué au traitement des hémorrhoïdes une opération mise en usage par Dupuytren contre la chute du

rectum : c'est l'*excision des plis radiés de l'anus*, et il l'a fait, dit-il, avec succès dans plusieurs cas. M. Laugier (*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 1840) a également mis ce procédé en usage dans un cas d'hémorrhoïdes avec chute du rectum, et, six mois après, la malade était complétement guérie, quoiqu'à son entrée à l'hôpital Beaujon le bourrelet hémorrhoïdal fût énorme. Voici comment M. Bérard explique la disparition des tumeurs : « On peut, dit-il, s'expliquer ce fait, en pensant que l'inflammation traumatique qui suit l'excision des plis de l'anus, venant à se propager au tissu cellulaire qui double la membrane sujette au renversement, ce tissu, comme il arrive constamment par le travail inflammatoire, perd sa laxité, sa souplesse, et tient accolée aux parois du rectum la membrane qu'il double. Cet effet se fait sentir aux tumeurs hémorrhoïdales qui, retenues à l'intérieur du rectum, ne sont plus entraînées dans la chute de cet intestin. »

Quel que soit le procédé que l'on a mis en usage, il faut ensuite, pour assurer la solidité de la guérison, avoir recours à différens moyens qui consistent dans l'emploi local des remèdes astringens, et dans l'usage de légers laxatifs, en même temps qu'on insiste sur un régime sévère, et qu'on prévient le rétrécissement de l'anus par l'introduction des *mèches*. Voici la pommade que le docteur Smith (*North Amer. Arch.*; Baltimore, avril 1835) vante comme très-utile en pareil cas :

℞	Axonge	30 grammes.
	Noix de galle en poudre très-fine	4 grammes.
	Opium en poudre	4 grammes.
	Onguent mercuriel	8 grammes.

On fait avec cette pommade des frictions matin et soir sur l'anus, et on en introduit une petite quantité dans le rectum.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, malgré toutes les précautions précédentes, il faut toujours veiller à ce que la suppression du flux hémorrhoïdal ne détermine pas d'accidens, car c'est une précaution commune à tous les traitemens curatifs. Nous verrons quels seront en pareil cas les moyens à prendre lorsqu'il s'agira de la suppression des hémorrhoïdes. Je n'ai pas cru devoir parler de la *compression*, qui est aujourd'hui généralement abandonnée.

2°. *Traitement palliatif.* Les nombreux accidens qui sont occasionnés par les hémorrhoïdes demandent ordinairement à être traités chacun en particulier.

Traitement de la douleur. Le premier de tous est *la douleur.* On a, contre cette douleur, mis en usage un très-grand nombre de préparations diverses, dont les principales consistent dans des pommades où l'on incorpore, à des doses assez considérables, des médicamens *narcotiques.* On pourra par conséquent mettre en usage les suivantes :

℞	Extrait d'opium........................	4 grammes.
	Axonge................................	30 grammes.

M. exactement. Faire de légères frictions sur l'anus plusieurs fois dans la journée, et introduire un peu de cette pommade dans le rectum.

Une même dose d'extrait de jusquiame, de belladone, fait la base des autres pommades.

On a recommandé aussi l'*onguent populeum* avec ou sans addition d'opium, des suppositoires en *beurre de cacao*, des suppositoires calmans, le suivant, par exemple :

℞	Opium	0,10 grammes.
	Savon	0,40 grammes.

F. S. A. un petit suppositoire qu'on introduit doucement dans le rectum.

Je citerai de plus le *linimènt sédatif de Buchan*, ainsi composé :

℞	Onguent populeum	60 grammes.
	Laudanum liquide	16 grammes.
	Jaunes d'œufs frais	n° 2.

Imbibez des bourdonnets de charpie de ce liniment, et appliquez-les sur les hémorrhoïdes douloureuses.

Mais il ne faut pas oublier que la douleur, souvent excessive, qui résulte des hémorrhoïdes, est produite soit par la simple distension et par l'afflux du sang, soit par une inflammation réelle : aussi voit-on bien souvent les moyens précédens manquer complétement leur effet. Lorsqu'il n'y a pas d'inflammation réelle, que les symptômes sont simplement le résultat de la congestion, on y remédie par l'application des *sangsues*, par la *ponction* ou l'*incision des tumeurs*, et par l'application des *émolliens* aidés de doux *minoratifs* et d'une diète assez sévère. Les sangsues doivent être appliquées en assez grand nombre pour opérer une déplétion notable; vingt, vingt-cinq seront employées, et à plusieurs reprises si le cas l'exige. Des médecins ont proposé d'appliquer ces sangsues sur les tumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes; mais, comme le fait remarquer en particulier Brodie, cette application est très-douloureuse, et il peut en résulter une inflammation assez vive : aussi la plupart des médecins appliquent-ils les sangsues autour des tumeurs hémorrhoïdales.

Une *incision* peu étendue, faite sur les tumeurs avec la pointe d'une lancette, procure une évacuation sanguine dont les résultats sont de faire cesser la tuméfaction et par suite la douleur. C'est sur les points saillans et comme demi-transparens qu'on doit pratiquer ces petites mouchetures, car c'est là que le sang est accumulé dans les cellules dont nous avons parlé plus haut. Brodie propose de remplacer cette incision par des *piqûres* faites avec une aiguille, de manière à pénétrer au centre de la tumeur ou à la transpercer. Il n'est pas rare de voir, après cette piqûre, le sang jaillir avec une certaine force. Les cataplasmes émolliens ou laudanisés doivent être ajoutés à ce traitement; mais il ne faut pas surtout oublier la *position* : le malade doit être couché, le siége un peu élevé, de manière à ce que le sang n'afflue pas vers le rectum.

Il est un autre moyen mis en usage contre la douleur, et que j'ai voulu indiquer à part, parce qu'il offre quelque chose de particulier: c'est la pommade proposée par le docteur Burne, et qui est ainsi composée :

♃ Poudre d'ellébore noir.................. 4 grammes.
Axonge.................................. 30 grammes.

Faites faire, matin et soir, des frictions sur les tumeurs.

Ce qu'il y a de particulier dans l'emploi de cette pommade, c'est qu'il en résulte promptement une très-grande augmentation de la douleur; mais, ainsi que l'a observé M. Burne, cette exaspération n'est que momentanée, et au bout d'une demi-heure elle a disparu ou considérablement diminué.

Traitement de l'inflammation. Lorsque la tumeur

est due à une *inflammation*, c'est celle-ci qu'il faut combattre, et pour cela le traitement se présente naturellement. Les sangsues, comme dans le cas précédent, mais en plus grand nombre, la saignée générale, les bains tièdes, les applications émollientes, les cataplasmes laudanisés, etc., doivent être mis en usage ainsi qu'on le fait dans tous les cas d'inflammation locale. Sous ce rapport, les hémorrhoïdes ne présentent rien qui lui soit propre.

Il est quelques médicamens qu'on applique à tous les cas où la douleur est vive, et souvent sans s'informer de la cause de cette douleur. Je citerai en particulier la *pâte de Ward*, dans laquelle le docteur Brodie (*loc. cit.*) a une très-grande confiance. Cette pâte est ainsi composée.

℞ Poivre noir	}	āā 500 grammes.
Racines d'aunée	}	
Semences de fenouil		1500 grammes.
Miel	}	āā 1000 grammes.
Sucre blanc	}	

On en prend, gros comme une noisette, trois ou quatre fois par jour.

Sir Ev. Home ayant administré cette pâte à un de ses malades, celui-ci, au lieu de la prendre par la bouche, en introduisit une assez grande quantité dans le rectum, et cette pratique eut un tel succès, que ce médecin continua à la mettre en usage.

Le *poivre cubèbe* et le *baume de copahu* ont été administrés dans le même but. Le premier est donné à la dose de 1,25 grammes deux ou trois fois par jour, et le second, recommandé par le docteur Brodie, est joint de la manière suivante à la *liqueur de potasse* (mélange de 360 grammes de sous-car-

bonate de potasse et de 180 grammes de chaux vive, sur lesquels on jette 4 litres d'eau distillée bouillante) :

℞ Baume de copahu.....................	2 grammes.
Liqueur de potasse.....................	15 gouttes.
Mucilage de gomme adragant...........	4 grammes.
Eau de cannelle.......................	30 grammes.

A prendre en trois doses dans la journée.

Je ne multiplierai pas ces citations; je ferai seulement remarquer que ces diverses préparations ont des propriétés excitantes marquées, et que tout porte à croire qu'on aurait très-grand tort de les mettre en usage dans les cas où il y aurait une inflammation d'une certaine intensité. Cependant la pâte de Ward a une telle réputation en Angleterre, qu'on la prescrit, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans presque tous les cas sans distinction.

Traitement du flux hémorrhoïdal. Le flux hémorrhoïdal, lorsqu'il ne dépasse pas certaines limites, est toujours respecté. Nous avons vu même, d'après plusieurs observations citées plus haut, que, lorsqu'il offre une grande abondance, il ne faut pas trop se hâter de l'arrêter; car, quoiqu'on ait évidemment exagéré la quantité de sang que les malades ont pu perdre sans en être incommodés, il est certain qu'on ne peut pas d'avance assigner les limites dans lesquelles la perte de sang peut avoir lieu sans être fâcheuse. Le médecin en juge facilement d'après l'état dans lequel se trouve le malade. S'il conserve sa force, s'il ne pâlit pas, si le pouls n'est pas déprimé, etc., on ne doit pas se presser d'arrêter l'hémorrhagie; mais si le contraire avait lieu, il faudrait employer des moyens propres à modérer le flux hémorrhoïdal ou à le sup-

primer complétement. Dans le premier cas, *le repos absolu*, le *décubitus* dorsal, le bassin étant notablement élevé, une *diète sévère*, des boissons *acidulées* surtout avec les *acides minéraux* (*voy. Epistaxis*) et à une température basse, les *demi-bains frais*, les injections, les *douches ascendantes froides*, les lotions avec l'*eau blanche*, l'*eau de Goulard*, etc., modèrent promptement le flux trop abondant. Le docteur J. Burne met en usage, en pareil cas, le mélange suivant :

℞ Huile de térébenthine...............	2 grammes.
Jaunes d'œufs........................	nº 1.
Eau de gruau	1 cuillerée à bouche.

A prendre cette dose deux ou trois fois par jour.

On peut remplacer, dans cette préparation, la térébenthine par le *baume de copahu*, et l'on peut voir d'ailleurs ce que j'ai dit plus haut de cette substance.

Enfin les divers *moyens anti-hémorrhagiques*, tels que l'extrait de *ratanhia* à la dose de 4 ou 6 grammes dans une potion, le *seigle ergoté* en poudre, à la dose de 3 grammes par jour, pris en trois fois, ou bien en infusion, le *tannin*, etc., complètent le traitement.

Mais si l'hémorrhagie était assez abondante pour compromettre les jours du malade, il faudrait nécessairement mettre en usage des moyens plus efficaces. Dans un cas semblable, Scultet (*Arsenal de Chirurg.*, p. 217) eut recours au *cautère actuel*, appliqué sur les tumeurs avec un succès très-prompt. Les autres *caustiques* peuvent être également employés; mais on doit se rappeler à cet égard les réflexions que j'ai présentées plus haut à l'occasion de ces médicamens. Si malgré tous ces moyens l'hémor-

rhagie persistait, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'*ablation des tumeurs* par une des opérations précédemment indiquées.

Quoique l'hémorrhagie n'entraîne pas les dangers que je viens de signaler, elle peut cependant, par ses retours fréquens et par sa persistance, jeter les malades dans un *état anémique* assez grave. En pareil cas, après avoir, par les moyens qui viennent d'être mentionnés, modéré ou supprimé l'écoulement de sang, il faut mettre en usage les moyens propres à combattre l'anémie, les accidens nerveux et les troubles digestifs qui en sont la conséquence. Mais cette espèce d'anémie ne présentant rien de particulier, je dois renvoyer pour son traitement à l'article spécial, dans lequel j'ai traité cette affection (*voy. Anémie*, t. III).

Traitement des fissures et des ulcérations. Une autre complication des hémorrhoïdes, c'est, comme nous l'avons vu plus haut, la production de fissures, d'ulcérations qui causent une douleur plus ou moins vive, qui donnent lieu ordinairement à un écoulement blanc par l'anus, et qui quelquefois déterminent l'hémorrhagie dont nous venons de parler. S'il existe une ou plusieurs fissures, elles doivent être traitées par les moyens dirigés contre cette affection. Cependant je dois dire qu'en pareil cas on n'est pas porté à recourir aux diverses opérations proposées par les auteurs. On emploie surtout les pommades, comme la pommade à l'*extrait de belladone*, d'*opium*, etc. Une préparation qui m'a complétement réussi chez un sujet, et qui se rapproche de celle que Dupuytren employait contre la fissure simple, est la suivante :

♃ Carbonate de plomb	....	5 grammes.
Axonge	....	30 grammes.

M. exactement. Pour onctions sur la fissure, deux ou trois fois par jour, surtout après l'acte de la défécation.

La même pommade pourrait être employée contre les ulcérations superficielles du sommet des tumeurs; mais si celles-ci donnent lieu à une hémorrhagie trop considérable, comme on l'observe quelquefois, il faut, ainsi que le recommande M. Berard, *exciser,* avec des ciseaux courbes sur le plat, le sommet de ces tumeurs ainsi ulcérées.

Traitement de la chute du rectum. Lorsque les tumeurs sont anciennes, elles entraînent, avons-nous dit, pendant les efforts de la défécation, l'intestin relâché, et produisent une chute du rectum. Les malades se contentent ordinairement alors de faire rentrer les tumeurs en les comprimant. Mais si les désordres sont très-considérables, il peut arriver que le bourrelet hémorrhoïdal ne puisse plus être contenu dans le rectum, et qu'il s'échappe au dehors au moindre mouvement. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'on a imaginé divers *bandages* qui tous ont pour pièce principale une pelote ovale destinée à presser sur l'anus. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister davantage sur ce point. J'ajouterai seulement, d'après une observation de M. Guyot (*Arch. gén. de Méd.;* décembre 1836), que la compression continue, exercée par un de ces bandages, a suffi, dans un cas, pour opérer la guérison complète d'hémorrhoïdes fort graves.

Traitement du bourrelet hémorrhoïdal étranglé et de la gangrène consécutive. Il peut arriver aussi, comme nous l'avons vu, que le bourrelet hémorrhoï-

dal, sorti pendant l'acte de la défécation, ne puisse plus rentrer, et se trouve étranglé. Si l'on est appelé promptement, on doit espérer de pouvoir pratiquer la réduction, et l'on doit se hâter de le faire. Pour cela on commence par appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'*eau froide*, et lorsque les tissus paraissent un peu contractés, on fait placer le malade sur les genoux et sur les coudes, et on exerce sur la tumeur une *compression* douce que l'on augmente graduellement. La rentrée des tumeurs est favorisée par des onctions d'huile ou d'un autre corps gras faites à leur surface.

« Au moment, dit M. Bérard (*loc. cit.*) où la tumeur, franchissant l'anus, tend à remonter comme spontanément, le chirurgien doit recommander au malade de retenir autant que possible tout effort de défécation, pour éviter la sortie immédiate du bourrelet par suite de ces efforts qui sont en partie involontaires; et pour que la réduction soit plus complète, le chirurgien doit suivre avec le doigt la masse déplacée à mesure qu'elle se replace dans le rectum. Le doigt, introduit aussi profondément que possible, devra être conservé dans cette position, jusqu'à ce que l'irritation causée par l'opération elle-même ait en partie cessé, et que le volume de la tumeur ait encore diminué par l'effet de cette pression et la cessation de l'étranglement. Alors on retire le doigt lentement avec précaution, et l'on applique rapidement sûr l'anus et le périnée une éponge fine imbibée d'eau froide et d'une solution d'opium. Cette éponge sera maintenue en place par le malade lui-même, qui, par ce moyen, exercera une compression sur la région anale, jusqu'à ce qu'il ne sente plus se reproduire les efforts qui menacent de déplacer de nouveau les tumeurs. Après cette opération, lorsqu'on pense qu'il est nécessaire de provoquer une selle, ce qu'on ne doit jamais attendre trop longtemps, un lavement d'eau froide est ce qui convient le mieux. Le ma-

lade évitera toute espèce d'effort, et si un nouveau déplacement vient à s'opérer, il devra faire immédiatement des lotions froides sur la tumeur, se placer sur le dos, et opérer la réduction. »

Mais il arrive assez souvent, soit que le médecin soit appelé trop tard, soit que le malade ne veuille pas se soumettre à une manœuvre très-douloureuse, que le bourrelet ne rentre pas. C'est alors que survient la *gangrène* dont nous avons parlé plus haut. En pareil cas, il faut surveiller attentivement la tumeur, mettre en usage la saignée générale plus ou moins répétée, d'abondantes saignées locales par les sangsues, maintenir toujours sur le bourrelet étranglé des fomentations et des cataplasmes émolliens. Sous l'influence de ce traitement, les tumeurs peuvent s'affaisser, devenir moins douleureuses et rentrer. On atteint encore plus facilement ce but en pratiquant sur elles des *mouchetures*, des *piqûres* avec une aiguille, de manière à les vider autant que possible du sang qu'elles contiennent. Si, malgré tous ces moyens, la gangrène se produisait, il ne faudrait pas se hâter, comme le voulait Ledran, d'extirper le bourrelet hémorrhoïdal. Il arrive presque toujours, en effet, que la partie la plus saillante de ce bourrelet tombe en gangrène sous forme de détritus grisâtre, brunâtre ou verdâtre, et qu'après avoir fait l'excision de ces parties mortifiées sans qu'il survienne aucune hémorrhagie, on voit rentrer les tumeurs, qui parfois même ne se reproduisent plus. Si toutefois la marche de la gangrène faisait craindre que les parties profondes ne fussent envahies, on ne devrait pas hésiter à pratiquer l'ablation complète du bourrelet.

Traitement de la leucorrhée anale. Quant à ce qu'on a appelé hémorroïdes blanches et leucorrhée anale, j'ai peu de chose à en dire; car si elles sont liées aux ulcérations dont j'ai parlé plus haut, c'est le traitement propre à celles-ci qu'il faut mettre en usage; et si elles sont dues seulement à une inflammation chronique de la muqueuse, de légères *cautérisations* avec une solution de nitrate d'argent, des *lotions avec de l'eau alumineuse*, etc., sont, comme chacun sait, les moyens employés en pareil cas.

Moyens divers. J'ai indiqué jusqu'à présent les principaux moyens propres à guérir les hémorrhoïdes ou à combattre les symptômes qui viennent les compliquer. Je pourrais en ajouter beaucoup d'autres dont quelques-uns ont joui d'une très-grande réputation; mais l'efficacité de ces médicamens n'étant pas suffisamment appuyée sur les faits, il n'y aurait pas grand avantage à multiplier les citations. Je me contenterai donc d'indiquer ce qui suit.

Sous le nom de *suppositoire anti-hémorrhoïdal* on a désigné la préparation suivante :

♃ Charbon de liége	} āā	1 partie.
Cire	}	
Beurre frais		2 parties.

Le charbon de liége agit-il en pareil cas? et s'il agit, quelle est son action? c'est ce qu'il ne nous est pas permis de dire.

Le docteur Wardleworth assure avoir guéri un bon nombre d'hémorrhoïdes, ou du moins avoir fait disparaître complétement les principaux accidens par l'usage de la *poix noire* à la dose suivante :

℞ Poix noire........................ 0,70 grammes.

Pour douze pilules.

A prendre deux chaque soir, en ayant soin de maintenir le ventre libre.

Le docteur Demetri a proposé la pommade qui suit contre les hémorrhoïdes externes :

℞ Fleurs de soufre........................ 4 grammes.
Gomme arabique en poudre............ 12 grammes.
Thridace................................ 2 grammes.
Suie bien lavée........................ 30 grammes.

Plusieurs onctions par jour. Faites laver peu après avec l'eau de guimauve.

On voit, d'après ces citations, combien il serait inutile d'insister sur ces détails.

Moyens pour rappeler les hémorrhoïdes supprimées. Il est une question très-importante qu'on ne peut s'empêcher de traiter en détail. Lorsque après la suppression soit spontanée, soit provoquée, les sujets présentent quelques accidens que l'on peut rapporter à cette suppression du flux hémorrhoïdal, on s'efforce de rappeler celui-ci. Sans doute on a, comme je l'ai dit plus haut, beaucoup exagéré l'influence de cette suppression, et c'est très-gratuitement qu'on lui a attribué l'apparition d'un bon nombre de maladies, telles que le rhumatisme, les affections de poitrine, etc. ; mais on conçoit très-bien que, dans un certain nombre de cas, la cessation rapide d'un flux auquel l'économie est habituée donne lieu à des troubles considérables dans l'organisme.

Pour rappeler la fluxion hémorrhoïdale, on a eu, comme je l'ai dit, principalement recours aux pur-

gatifs, et en particulier à l'aloës. La formule employée par Dupuytren est la plus simple, et par conséquent je dois l'indiquer ici :

℞ Axonge	30 grammes.
Aloës succotrin	4 grammes.

Faire avec cette pommade, trois ou quatre fois par jour, des frictions sur la région anale.

Dupuytren a mis en usage avec succès cette pommade dans plusieurs cas, et principalement chez un sujet affecté d'ophthalmie.

Pinel recommandait l'emploi de l'aloës succotrin à l'intérieur, et voici sa formule légèrement modifiée par M. Requin (*Élém. de Path. méd.*, t. Ier, p. 401) quant à la quantité :

℞ Aloës succotrin / Poudre de réglisse	ââ 1 gramme.
Miel	Q. S.

F. vingt pilules. A prendre de cinq à dix, le soir avant de se coucher.

M. Trousseau (*Journ. des Conn. méd.-chir.*) a cité plusieurs cas dans lesquels il a réussi à rappeler les tumeurs hémorrhoïdales à l'aide du médicament suivant :

℞ Beurre de cacao ou suif	4 grammes.
Tartre stibié	0,10 à 0,30 grammes.

F. S. A. un suppositoire qu'on introduit dans le rectum.

Les moyens que je viens d'indiquer sont loin de réussir toujours à rappeler le flux hémorrhoïdal et les tumeurs. En pareil cas, il faut en employer d'autres pour obvier aux inconvéniens de la suppression. Les *sangsues aux cuisses*, *aux lombes*, *entre les*

épaules, des *ventouses scarifiées* dans les mêmes points, un *régime sévère*, un *exercice* de tous les jours en plein air, la *privation des liqueurs alcooliques*, des *habitudes régulières* seront prescrites au malade. Ce sont ces moyens qui ont été surtout recommandés dans les cas où une opération a enlevé complétement les hémorrhoïdes.

Pour terminer l'exposé de ce traitement, que je n'ai pas pu abréger, parce que les hémorrhoïdes sont une des affections qui se présentent le plus souvent dans la pratique et qui peuvent le plus embarrasser le médecin, je dirai que les précautions hygiéniques qui viennent d'être recommandées dans les cas de suppression de flux, doivent être aussi prescrites aux sujets qui ont un flux hémorrhoïdal périodique auquel on ne veut pas s'opposer. Je crois qu'il serait inutile de présenter des ordonnances; car la plupart des cas demandent à être étudiés en particulier, et lorsqu'on est appelé par un sujet affecté d'hémorrhoïdes, c'est toujours pour quelqu'un de ces accidens sur le traitement desquels j'ai suffisamment insisté.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Traitement curatif.* — *Hémorrhoïdes récentes.* Saignée générale, sangsues; purgatifs, calomel, tartrate de potasse; boissons, lotions, demi-bains, lavemens d'eau froide; astringens. — *Hémorrhoïdes anciennes.* Opérations chirurgicales, ligature, caustiques, cautère actuel, excision; traitement de l'hémorrhagie à la suite de l'excision, tamponnement; incision, rescision; traitement après l'opération.

2°. *Traitement palliatif.* — *Contre la douleur :* Narcotiques; saignées générales et locales; émolliens. *Contre la distension :* Incision, piqûre des tumeurs. *Contre l'inflammation :* Antiphlogistiques; pâte de Ward; poivre cubèbe, baume de Copahu. *Contre le flux hémorrhoïdal :* Huile de térébenthine; ratanhia; seigle ergoté; tannin; cautérisation; extirpation des tumeurs. *Contre l'anémie :* Moyens propres à cette affection. *Contre les fissures et les ulcérations :* Pommades narcotiques; pommade au carbonate de plomb; excision du sommet des tumeurs ulcérées. *Contre la chute du rectum :* Compression par des bandages. *Contre l'étranglement du bourrelet :* Réduction; antiphlogistiques, émolliens; mouchetures, piqûres; ablation des parties gangrénées; extirpation du bourrelet. *Moyens divers :* Charbon de liége; poix noire; fleur de soufre; suie. *Contre la suppression :* Aloës; suppositoire stibié; régime; soins hygiéniques.

ARTICLE II.

VERS INTESTINAUX.

Les vers intestinaux, et en particulier les ascarides lombricoïdes, sont ceux qui ont été le plus anciennement connus. On a publié sur les accidens auxquels ils donnent lieu une foule d'écrits dont la plupart sont remarquables par l'exagération de ces symptômes; car presque tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance ont attribué aux vers intestinaux la plus grande influence sur la production de la plupart des maladies. C'est surtout à Rudolphi (*Entoz. sive verm. int. hist.;* Amstelod., 1808) et à Bremser (*Traité zool. et phys. sur les vers*

int. de l'homme; Paris, 1824) que l'histoire de ces animaux parasites doit ses plus grands progrès. Récemment MM. Rilliet et Barthez (*Tr. des Mal. des Enfans*, t. III) lui ont consacré un article intéressant.

Je ne présenterai pas de généralités sur les vers intestinaux; car, malgré tout l'intérêt qu'elles pourraient avoir sous d'autres rapports, elles sont loin d'être indispensables pour la pratique médicale, et je commencerai immédiatement l'histoire de ces vers par celle des ascarides lombricoïdes.

§ Ier. — Ascarides lombricoïdes.

L'ascaride lombricoïde a été, comme les autres vers, décrit avec le plus grand soin. Pour le praticien, sa ressemblance avec le lombric terrestre, qui lui a valu son nom, est assurément la circonstance la plus importante à mentionner; aussi me contenterai-je d'indiquer très-rapidement ses caractères. Cylindroïde, allongé, ayant ordinairement de 20 à 25 centimètres de long et de 2 à 5 millimètres de diamètre, l'ascaride est d'une couleur rose plus ou moins foncée, lisse, luisant et demi-transparent. Les deux extrémités sont amincies et surtout l'antérieure. La tête est marquée par une petite dépression circulaire surmontée de trois petites valvules. L'anus est placé tout près de l'extrémité postérieure. L'ouverture des organes génitaux de la femelle se trouve à la réunion des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur. Le pénis du mâle est près de l'anus. Cette forme extérieure du corps est suffisante pour nous. J'ajoute seulement que le mâle est plus petit et plus court que la femelle. (Brera, *Tr. des Mal. vermin.*)

C'est exclusivement dans l'intestin grêle que se développent les ascarides lombricoïdes; nous verrons plus loin qu'on en a cependant trouvé dans des parties du corps très-diverses; mais il n'est guère douteux qu'en pareil cas ces vers n'aient quitté leur siége primitif pour se porter plus ou moins loin.

Causes. Il ne m'appartient pas d'examiner ici la question de savoir comment se produisent les vers dans l'intérieur du canal intestinal; d'ailleurs la solution de cette question, dont je suis loin de nier l'importance, n'aurait pas un grand avantage pour la pratique. Je vais me borner à étudier les causes, abstraction faite de cette génération qui est encore si obscure.

Causes prédisposantes. L'*âge* a une influence non douteuse sur la production de ces entozoaires. D'après les recherches de M. Guersant (*Dict. de Médecine*), ils sont surtout fréquens de trois à dix ans; cet auteur en a trouvé chez un vingtième des sujets à cette période de la vie, tandis qu'auparavant on en rencontre à peine une ou deux fois sur plusieurs centaines d'enfans. Il est presque sans exemple que les enfans de moins de six mois en soient atteints; quant à moi, je n'en ai jamais vu chez les nouveau-nés. Il n'est pas extrêmement rare d'en rencontrer chez les adultes.

On a dit que le *sexe féminin* prédispose particulièrement à cette affection; cependant cette opinion n'est appuyée sur aucun relevé exact. Quant à la *constitution*, c'est, suivant l'opinion générale, chez les enfans *lymphatiques* et *scrofuleux* que se montrent principalement les ascarides.

Relativement au *climat*, nous n'avons pas d'observations très-précises; cependant, si l'on en croit quelques auteurs, ces vers sont très-communs dans la Hollande et dans la Suisse; mais il faudrait tenir compte de la manière de vivre, ce que l'on n'a pas fait.

On a, en effet, attribué à la *nourriture* une influence très-prononcée sur la production des ascarides, et l'on a accusé principalement le *régime végétal* de leur donner facilement naissance. Toutefois le *laitage*, nourriture animale, serait, d'après plusieurs auteurs, une cause au moins aussi efficace.

L'*habitation d'un lieu froid et humide* est également placée parmi ces causes. Enfin on a cité des affections vermineuses régnant sous forme *épidémique*.

Tout ce qu'il nous est permis de dire après avoir énuméré ces causes, c'est qu'il reste encore beaucoup à faire pour en préciser l'influence, et que les appréciations générales que nous ont données les auteurs auraient besoin d'être appuyées sur une analyse rigoureuse d'observations en nombre suffisant.

Les *causes occasionnelles* ne pourraient être recherchées que dans l'*introduction des germes* avec les alimens et les boissons; mais j'ai indiqué plus haut les motifs qui m'engagent à passer sous silence les questions de ce genre.

Symptômes. Rien n'est moins précis que la description des symptômes produits par les ascarides lombricoïdes; car on n'a pas suffisamment distingué ceux qui sont constans, ou du moins qui se présentent un nombre notable de fois, de ceux qui

sont purement exceptionnels. Il en résulte que les signes attribués à la présence des vers dans le tube digestif sont extrêmement nombreux et variables. Pour prouver combien ces signes sont peu positifs, il suffit de dire que, de l'aveu des principaux auteurs, et de Bremser en particulier, parmi tous ces symptômes, dont on trouve partout un tableau effrayant, il n'en est point qui indique d'une manière certaine la présence des ascarides dans le canal intestinal, et que leur expulsion seule est caractéristique. Si donc je présente le tableau suivant, c'est moins comme l'expression exacte et rigoureuse de faits bien observés et analysés, que comme faisant connaître l'état de la science sur ce point. S'il était possible de rassembler un nombre suffisant d'observations, j'aurais tenté de combler cette lacune; mais les faits qu'on trouve rapportés çà et là l'ont été presque tous parce qu'ils présentaient quelque circonstance extraordinaire, en sorte qu'on n'obtiendrait, en les analysant, que des résultats fondés sur des cas exceptionnels.

Du côté du tube digestif, on a noté des *douleurs* particulières, des *coliques* quelquefois aiguës, des *picotemens* ayant leur siége autour de l'ombilic, parfois une sensation difficile à définir, le sentiment d'un *corps qui se meut*, qui *rampe*, etc.; dans quelques cas particuliers, la sensation de picotemens est portée à un très-haut degré.

On a en outre noté une certaine *sensibilité du ventre à la pression*, du gonflement, du *ballonnement*, une *diarrhée* tantôt séreuse, tantôt légèrement sanguinolente. Mais les cas dans lesquels ces symptômes manquent ne sont pas rares, et de plus

il faut noter qu'ils ne sont pas continus, mais qu'ils se montrent très-souvent à des intervalles variables, et qu'on peut les attribuer à toute autre cause qu'à la présence des ascarides ; en outre, nous verrons plus loin que ces mêmes phénomènes ont été attribués aux autres vers intestinaux.

Du côté de l'estomac, on a observé la *perte* plus ou moins grande de l'*appétit*, des *éructations* fréquentes, parfois des *vomissemens glaireux*. On a également remarqué, chez un certain nombre de sujets, l'*enduit limoneux de la langue*, l'acidité, la fadeur ou la fétidité de l'*haleine*, et une augmentation plus ou moins marquée de la *soif*. Des auteurs ont dit que la salive afflue dans la bouche. M. le docteur Romans (*Ann. de la Soc. de Méd. prat. de Montpellier;* 1810, t. XXII) a cru trouver un caractère pathognomonique dans l'état de la langue. Cet organe présente, suivant lui, de petits points tuberculeux, rouges, saillans, isolés, qu'on voit principalement sur ses bords. Cette assertion n'a point été confirmée par les autres auteurs.

On a cité un grand nombre de *phénomènes nerveux* dus à la présence des ascarides dans l'intestin. Ce sont la *somnolence*, la *céphalalgie*, l'*abattement*, ou bien l'*agitation*, l'*excitation*, la *dilatation des pupilles*. Dans quelques cas rares on a observé des palpitations nerveuses et même des lipothymies.

On a remarqué que les enfans se *frottaient fortement le nez* et qu'ils étaient sujets aux *hémorrhagies nasales*.

La *face* est pâle, plombée, parfois rouge cependant; les *yeux* sont abattus, entourés d'un cercle noirâtre.

Enfin on a noté une petite *toux* sèche, et surtout l'accélération avec irrégularité du *pouls* qui serait, d'après quelques médecins, un excellent caractère pour reconnaître la présence des vers intestinaux. MM. Rilliet et Barthez ont trouvé, dans un cas, le *ralentissement* du pouls coïncidant avec l'irrégularité.

On voit combien d'incertitudes règnent encore sur l'histoire pathologique des vers intestinaux. Il est possible que les phénomènes auxquels ils donnent lieu soient tellement variables qu'on ne puisse pas en donner un tableau général, et c'est ce qui paraît résulter des faits recueillis par MM. Rilliet et Barthez; mais ne pourrait-on pas espérer de pouvoir établir, par des recherches exactes, des groupes de symptômes qui, dans certains cas du moins, permettraient d'arriver à un diagnostic assez positif? En attendant, il faut le répéter, on ne peut que soupçonner la présence de l'ascaride lombricoïde dans le canal intestinal, tant que les sujets n'ont pas rendu quelques-uns de ces vers par la défécation ou par le vomissement.

Accidens produits par les ascarides lombricoïdes. Les vers intestinaux ont, ai-je dit plus haut, assez souvent franchi les limites de leur siége habituel. C'est de là que résultent principalement les accidens particuliers auxquels ils donnent lieu. Parfois, et l'on trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de faits de ce genre qui ont été presque tous réunis par M. Mondière (*Recherches pour servir à l'hist. de la perf. des int.*, etc.; in journ. l'Expérience, t. II, p. 65, 1838), les vers sortent de la cavité intestinale en traversant ses parois, et vien-

nent former à l'extérieur des tumeurs désignées sous le nom d'*abcès vermineux.* Ces abcès n'ont autre chose de remarquable que de se produire avec une certaine lenteur; lorsqu'on les ouvre, ils donnent issue aux vers lombrics, et, dans quelques cas exceptionnels, à des matières stercorales. Ils n'ont pas d'ailleurs le danger qu'on pourrait leur supposer au premier abord. On n'a pas de faits authentiques qui prouvent la possibilité d'une péritonite par le passage d'un ascaride de l'intestin dans le péritoine. Les adhérences qui se forment en pareil cas, ou, comme le pensent plusieurs auteurs, la très-petite ouverture intestinale résultant de l'écartement des fibres et non d'une véritable *perforation*, empêchent l'animal de tomber dans la cavité séreuse.

On a beaucoup discuté pour savoir si l'intestin non altéré par une lésion pathologique pouvait être percé par l'ascaride; mais je ne crois pas que cette question fort obscure ait une importance pratique suffisante pour nous engager à entrer dans une pareille discussion.

MM. Rilliet et Barthez ont cité une observation de M. Charcellay, de laquelle il résulte qu'une *artériole peut être percée* par un lombric de manière à produire une *hémorrhagie intestinale* mortelle. N'oublions pas toutefois que de très-petites ulcérations perforantes peuvent se produire dans l'estomac et les intestins, et par conséquent n'attribuons pas à ce fait une importance exagérée.

On a trouvé parfois un si grand nombre de vers dans l'intestin, qu'il en est résulté une sorte d'*étranglement interne;* mais les faits de ce genre, parmi

lesquels il faut citer principalement celui de Daquin (*Journ. de Méd.*, *de Chir.*, etc.; 1770), sont entièrement exceptionnels.

On a encore attribué à la présence des vers le développement de l'*inflammation de l'intestin;* mais il arrive si souvent qu'on trouve la membrane muqueuse intacte dans les points occupés par les ascarides, qu'on ne peut s'empêcher d'avoir des doutes à cet égard.

Les *migrations des vers* dans les autres cavités peuvent produire des accidens qu'il est facile de prévoir. *Dans l'estomac*, ce sont des sensations semblables à celles que nous avons notées dans l'intestin, et de plus des vomissemens dans la matière desquels se rencontrent les lombrics. *Dans l'œsophage*, c'est un sentiment de gêne, de constriction vers le cou, vers la gorge, une toux qui finit par déterminer les vomissemens et l'expulsion des vers.

L'introduction des ascarides dans les voies biliaires est un fait plus grave. On en a cité plusieurs exemples. Tout le monde connaît celui qui a été rapporté par M. Guersant, et dans lequel on trouva deux ascarides ayant pénétré *dans le canal cholédoque*. L'enfant qui fait le sujet de cette observation, fut pris de convulsions violentes suivies d'une mort prompte. On a rencontré des ascarides jusque *dans la vésicule biliaire*, et Laennec ainsi que M. Tonnelé (*Journ. hebd.*, t. IV, 1829) ont signalé leur présence *dans le tissu du foie*. L'observation de ce dernier auteur est très-remarquable en ce que le ver était complétement logé dans un abcès de cet organe. Suivant M. Cruveilhier (*loc. cit.*), ce n'est

qu'après la mort que les ascarides peuvent s'introduire dans les voies biliaires; mais les accidens brusques observés par M. Guersant dans le cas précédemment cité, paraissent contraires à cette opinion. Toutefois je suis loin de me prononcer sur un pareil fait, car les documens nécessaires manquent entièrement. Dans le cas cité par M. Tonnelé, il semble qu'on doit admettre que le ver a pénétré dans le foie à travers les parois de l'estomac.

Un autre accident est l'introduction des vers *dans les voies aériennes*. On en a trouvé *dans le larynx* et même *dans la trachée-artère*, qui ont déterminé des accidens mortels de suffocation. M. Blandin (*Anat. top. du Corps humain*) en a rencontré un *dans une bronche*. Il est inutile de décrire les phénomènes auxquels donne lieu cette introduction des vers dans les voies aériennes; car ce sont ceux que produisent les corps étrangers en général. Disons seulement que lorsque le ver s'arrête dans le larynx, la suffocation est plus complète et plus promptement mortelle que lorsqu'il a pénétré dans la trachée et les bronches.

Enfin une autre série d'accidens, signalée par les auteurs, consiste dans diverses affections nerveuses, comme les *convulsions* et la *chorée;* dans des maladies graves, comme la *méningite*, les *diverses phlegmasies des parenchymes*, les *fièvres;* mais relativement à ces accidens nous n'avons que des observations en petit nombre, souvent incomplètes, et des assertions ordinairement exagérées de la part des auteurs, ce qui tient, comme je l'ai dit plus haut, à la tendance qu'ont toujours eue les médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance à attri-

buer aux affections vermineuses presque toutes les maladies qui affectent les jeunes sujets ayant des ascarides lombricoïdes. Sous ce rapport, il en a été de cette affection comme de la *dentition laborieuse*, et l'on peut appliquer à la première les réflexions que j'ai faites à propos de celle-ci. (*Voy.* t. IV, article *Accidens de la dentition.*) On ne peut nier cependant que, dans certains cas, l'expulsion des vers n'ait mis fin à des troubles fort graves, du moins en apparence; mais l'observation ne s'est pas prononcée assez formellement pour qu'on puisse préciser ces cas.

Marche ; durée ; terminaison. Il est impossible d'indiquer d'une manière générale la *marche* d'une affection vermineuse. Rien n'est, en effet, plus variable; car tantôt les sujets souffrent des vers pendant un temps fort long et d'une manière presque continue, et tantôt ils ne présentent quelques symptômes qu'à des époques irrégulières et éloignées, et pendant un court espace de temps, après lequel les vers sont expulsés. Il en est de même de la *durée*. Des sujets présentent en effet des vers pendant plusieurs années; d'autres n'en ont qu'une seule atteinte d'une courte durée. Entre ces deux extrêmes les nuances sont infinies. Quant à la *terminaison*, elle est presque toujours favorable. Cependant nous avons vu que les accidens indiqués plus haut pouvaient se terminer par la mort. M. Bretonneau a en outre cité un cas où une inflammation intestinale, promptement suivie de mort, s'est développée chez un sujet affecté d'ascarides lombricoïdes. Mais cette inflammation était-elle déterminée par les vers, ou n'était-elle qu'une simple coïncidence? C'est ce

qu'un fait isolé ne nous permet pas de décider.

Lésions anatomiques. Dans l'immense majorité des cas, on ne trouve aucune lésion anatomique. Celles qui se rencontrent quelquefois appartiennent aux accidens précédemment indiqués, et j'ai dit à ce sujet tout ce qu'il importe de connaître. Il est donc inutile d'insister sur ce point.

Diagnostic. Il y a deux choses dans le diagnostic des ascarides lombricoïdes : d'abord on peut se demander s'il s'agit réellement de ces vers ou d'un autre ver intestinal; mais je renvoie cet examen après chacun des articles suivans, où les autres vers intestinaux seront étudiés. Il est bien entendu que ce diagnostic n'a une certaine importance que sous le rapport des symptômes; car les différences entre l'ascaride et les autres vers intestinaux sont si grandes, que lorsqu'il a été rendu on ne peut avoir un seul instant d'incertitude.

Quant à ce qui concerne le diagnostic des ascarides lombricoïdes et des divers produits animaux ou végétaux qui sont rendus quelquefois par les selles, on peut voir à ce sujet ce que dit M. de Blainville, et qui a été rapporté dans l'ouvrage de MM. Rilliet et Barthez (t. III, pag. 626). Disons seulement ici que la suspension dans l'eau permet de reconnaître la structure des corps qu'on a appelés pseudo-helminthes.

Le second point consiste à savoir si l'on peut distinguer l'affection vermineuse d'un certain nombre d'autres maladies. Or, à cet égard, nous n'avons, de l'aveu des auteurs qui se sont occupés le plus spécialement de ce sujet, aucun signe positif. Cependant si des troubles intestinaux marqués, les di-

verses sensations indiquées plus haut, les difficultés de la digestion, avaient précédé des accidens nerveux simulant une affection cérébrale, on serait porté, surtout chez les enfans, à admettre l'existence des vers, attendu que, dans les maladies du cerveau, le tube digestif est presque toujours, principalement au début, dans un parfait état d'intégrité, sauf quelques vomissemens sympathiques. Il faut aussi avoir soin de s'informer si antérieurement les enfans n'auraient pas eu des attaques semblables, qui se seraient terminées par l'expulsion des vers. J'ai eu récemment sous les yeux un exemple qui prouve toute l'utilité de ces informations. Appelé auprès d'une petite fille de quatre ans qui depuis deux ou trois jours avait présenté seulement un peu de malaise avec diminution de l'appétit, je la trouvai dans un état d'abattement complet, les yeux cernés, le regard vague, les pupilles un peu dilatées, la face plombée, froide, ainsi que les extrémités. Elle ne répondait pas aux questions, et avait un air d'hébétude semblable à celui qui caractérise une affection cérébrale. Il n'y avait d'ailleurs eu ni vomissemens, ni diarrhée, et le ventre était insensible. Je trouvai beaucoup d'incertitude dans le diagnostic; mais à la suite d'une potion vomitive, deux lombrics furent rendus, et tout rentra promptement dans l'ordre. Quelques mois plus tard, des symptômes absolument identiques se reproduisirent, et alors il n'y eut plus de doutes pour moi. Si un autre médecin eût été appelé, et qu'il eût négligé de s'informer des antécédens, il aurait très-probablement été dans le même embarras où je m'étais trouvé lors de la première attaque.

Pronostic. Tant que les vers restent renfermés dans le canal intestinal, ils ne produisent le plus souvent que des symptômes très-peu graves. Cependant il ne faudrait pas se hâter de porter un pronostic favorable, puisque par leurs migrations, par leur grand nombre et par les accidens sympathiques auxquels ils donnent quelquefois lieu, les ascarides peuvent produire les accidens funestes que nous avons indiqués. Toutefois nous savons que ces accidens ne sont pas fréquens. La perforation intestinale n'est pas, ainsi que nous l'avons vu plus haut, aussi grave qu'on pourrait le supposer; car les abcès vermineux se terminent souvent par la guérison. Les convulsions ont évidemment un danger plus grand.

Traitement. Le nombre des médicamens qu'on a proposés, sous le nom d'*anthelminthiques*, est extrêmement considérable, et un grand nombre d'entre eux ont été dirigés contre les ascarides lombricoïdes. Je me contenterai d'indiquer les principaux.

C'est d'abord la *mousse de Corse*, dont, suivant MM. Mérat et Delens (*Dict. de Mat. méd.*, t. IV), l'usage semble remonter à une haute antiquité, et qui fut surtout préconisée, en 1775, par Dimo Stephanopoli (*Voyage en Grèce*), qui la prescrivait sous forme de sirop. Voici comment on l'administre dans les hôpitaux des enfans :

℞ Mousse de Corse	4 à 16 grammes.
Eau bouillante	120 grammes.
Sirop	30 grammes.

A prendre par cuillerées.

On peut aussi la donner, dans du lait bien sucré, à la même dose proportionnelle, suivant l'âge.

On peut encore mêler la quantité déterminée de mousse de Corse à du vin rouge et à de la cassonade blanche, de manière à former une gelée qui, suivant MM. Trousseau et Pidoux (*Tr. de Ther.*, t. XI, p. 784), ne dégoûte pas les enfans. On donne cette *gelée* à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour.

Fleisch, cité par MM. Rilliet et Barthez, prescrit la mousse de Corse en *lavemens*, ainsi qu'il suit :

℞ Mousse de Corse................	}	ââ 8 grammes.
Valériane		
Semen-contra..................		

Infusez dans deux tasses d'eau bouillante; passez. Pour un lavement.

D'après la plupart des auteurs, le *semen-contra* (fragmens d'espèce d'armoise de l'Orient) est notablement plus actif. Nous venons de voir que Fleisch l'associait dans ses lavemens à la mousse de Corse. Il le donne aussi en *tablettes*, dont voici la formule :

℞ Semen-contra en poudre................	8 grammes.
Chocolat en poudre..................	15 grammes.
Mucilage de gomme adragant..........	Q. S.

Pour faire trente tablettes. A prendre trois tablettes quatre à cinq fois par jour.

Bouillon-Lagrange (*Journ de Méd. et de Chir. prat.*) a composé un *sirop* d'après la formule suivante :

℞ Eau distillée de semen-contra saturé d'essence	1 kilogramme.
Essence de semen-contra.................	4 grammes.
Sucre blanc	1 kilogramme.
Blancs d'œufs.........................	n° 2.

On bat le blanc d'œuf avec l'eau distillée, on ajoute le sucre, et on met sur un feu doux.

A prendre une cuillerée matin et soir, pendant trois ou quatre jours; purger le cinquième avec l'huile de ricin et le sirop de fleurs de pêcher.

Enfin on prépare, avec ce semen-contra, des biscuits, des dragées, du pain d'épice, etc.

Vomitifs; purgatifs. Le *tartre stibié* a été mis en usage par quelques auteurs, et on peut le donner à la dose de 5 à 10 centigrammes dans une potion, à prendre par cuillerées jusqu'à effet vomitif et purgatif.

Parmi les *purgatifs* il faut citer le *jalap*, qu'on a fait entrer dans un bon nombre de formules; le *calomel*, très-fréquemment employé; l'*huile de ricin*, que Brera recommande particulièrement, et qu'il prescrit ainsi qu'il suit sous le nom de *potion anthelminthique laxative.*

℞ Huile récente de ricin............	ãã 60 grammes.
Eau de menthe poivrée............	

A prendre par cuillerées à bouche.

Bremser a recommandé l'*aloës;* il le donnait comme il suit sous forme de pilules :

℞ Aloës succotrin pulvérisé...	ãã 2 grammes.
Tanaisie en poudre................	
Huile essentielle de rhue..........	12 gouttes.

M. Faites douze pilules. A prendre quatre à cinq par jour.

Je ne multiplierai pas ces citations, parce que, dans quelques formules que je citerai plus loin, se retrouveront des médications de ce genre.

Parmi les anthelminthiques il faut encore citer l'*armoise*, l'*absinthe* et même la *suie.* D'après MM. Trousseau et Pidoux, des lavemens faits avec une décoction de suie peuvent être très-utiles. Toutefois ce remède a bien plus d'efficacité contre les *oxyures,* dont nous parlerons plus loin.

Enfin on a prescrit des *préparations ferrugineuses* et une multitude d'autres substances que je ne dois pas indiquer ici, me contentant de présenter un certain nombre de formules qui en contiennent plusieurs.

ÉLECTUAIRE DE BREMSER.

℞ Semence de tanaisie grossièrement pulvérisée	15 grammes.
Racine de valériane en poudre	8 grammes.
Racine de jalap en poudre . . . . de 2 à	5 grammes.
Sulfate de potasse . . . . de 3 à	4 grammes.
Oxymel scillitique	Q. S. pour un électuaire.

A prendre deux ou trois cuillerées à café par jour.

Bremser ajoute que si, au bout de trois ou quatre jours, les selles ne deviennent pas plus copieuses et glaireuses, il augmente la dose. Cette préparation a l'inconvénient d'exciter le dégoût des enfans.

Goelis a recommandé la préparation suivante :

℞ Racine de valériane en poudre } Semen-contra }	āā 1 gramme.
Calomel	0,10 grammes.
Sucre blanc	2 grammes.

M. Faites une poudre ; divisez en quatre parties égales. A prendre un paquet deux fois par jour.

Selon Vogler, l'*électuaire* suivant est très-utile contre les ascarides :

℞ Semen-contra en poudre	8 grammes.
Racine de jalap en poudre	4 grammes.
Calomel	0,30 grammes.
Eau de fleurs de quassia	2 grammes.
Sirop de fleurs de pêcher	Q. S. pour un électuaire.

Une cuillerée à café toutes les deux heures, jusqu'à purgation.

J'ajoute encore deux formules qui jouissent d'une grande réputation; ce sont celles de Stark et de M. Cruveilhier.

Voici la première :

℞ Semen-contra...........................	8 grammes.
Racine de jalap.........................	4 grammes.
——— de valériane....................	4 grammes.
Éthiops minéral (mélange de protoxyde et de peroxyde de fer)................	4 grammes.
Sucre blanc..............................	8 grammes.

M. Faites une poudre. A prendre 2 à 3 grammes deux à trois fois par jour.

Le *sirop* proposé par M. Cruveilhier est ainsi composé :

℞ Follicules de séné................	ãã 4 grammes.
Rhubarbe.......................	
Semen-contra....................	
Aurone..........................	
Mousse de Corse.................	
Fleurs de tanaisie................	
Petite absinthe..................	

Infusez à froid dans :

Eau...........................	240 grammes.

Passez.

Sucre..........................	Q. S.

Faites un sirop. A prendre une cuillerée à bouche, le matin, pendant trois jours.

M. Cruveilhier, avec ce sirop ainsi administré, a fait rendre jusqu'à soixante lombrics dans une matinée.

Je pourrais citer maintenant une foule de substances données dans le but de faire évacuer les ascarides; mais d'abord il en est quelques-unes qu'on ne saurait conseiller : tels sont l'*arsenic* et la *noix*

vomique, médicamens trop dangereux, et qui n'ont, rien ne le prouve du moins, aucune efficacité particulière. Ensuite, si chaque médecin a voulu varier les formules et faire usage de substances nouvelles, ce n'est pas une raison pour en encombrer la thérapeutique, lorsque les faits manquent pour apprécier leur valeur. Qu'il me suffise de dire que l'*assa-fœtida*, l'*huile de térébenthine*, le *phellandrium aquaticum*, l'*ail*, l'*étain*, la *cévadille*, le *tabac* en lavemens, etc. etc., ont été mis en usage dans les divers pays. Je ne ferai d'exception que pour l'*huile empyreumatique de Chabert*, recommandée par Bremser.

HUILE EMPYREUMATIQUE DE CHABERT.

Cette huile est un mélange d'une partie d'*huile empyreumatique* de *corne de cerf* et de trois parties d'*huile de térébenthine*, que l'on fait distiller au bain de sable, dans une cornue de verre. On en donne quelques gouttes dans un liquide fortement sucré.

Ce médicament a, comme la plupart de ceux que nous avons indiqués, le grand inconvénient de dégoûter les enfans, qui, après la première dose, refusent souvent obstinément d'en prendre une seconde. Aussi doit-on de préférence choisir les préparations qui, sous forme de *biscuits*, de *tablettes*, de *dragées*, trompent le plus facilement le goût des petits malades, et administrer les poudres dans une certaine quantité de confitures ou de fruits cuits.

Régime. Le régime à suivre pendant le traitement des ascarides ne présente rien de bien remarquable. Lorsque l'appétit est notablement diminué, on peut se contenter de donner aux enfans quelques consommés ou quelques potages ; dans le cas contraire, un régime animal et légèrement tonique est utile,

suivant les auteurs. Bremser insiste pour qu'on prive les sujets affectés d'ascarides de substances farineuses et de substances grasses; mais il n'est pas encore parfaitement démontré que cette recommandation ait autant d'importance que cet auteur lui en attribue.

On voit, d'après ce qui précède, que le traitement des ascarides lombricoïdes n'a pas été établi sur des principes très-rigoureux. C'est encore à une observation attentive et répétée à nous apprendre quelle est, parmi toutes ces pratiques, la plus prompte, la plus sûre et la plus complétement exempte de toute espèce d'inconvénient.

On sent qu'il serait inutile de présenter des ordonnances pour cette maladie, puisque la plupart des médications indiquées plus haut sont données par leurs auteurs comme constituant le traitement tout entier dans tous les cas.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Mousse de Corse; semen-contra; sirop de Bouillon-Lagrange; vomitifs, purgatifs; potion anthelminthique de Brera; armoise, absinthe; électuaire de Bremser; poudre de Goelis; électuaire de Vogler; poudre de Stark; sirop de M. Cruveilhier; moyens divers; huile empyreumatique de Chabert; régime.

§ II. — Oxyures vermiculaires.

L'oxyure vermiculaire est beaucoup moins important à étudier, sous le rapport pathologique, que l'ascaride lombricoïde. On lui a quelquefois donné le nom d'*ascaride vermiculaire*. Il n'a que de deux à trois ou quatre millimètres de long; il est mince et

très-blanc; son extrémité postérieure est plus grosse que l'antérieure, et, chez le mâle, elle se contourne en spirale. La femelle, plus grande que le mâle, a de huit à douze millimètres; elle est remarquable surtout par l'amincissement extrême de sa queue, porté au point qu'il faut se servir du microscope pour bien l'apercevoir. Je n'entre pas dans d'autres détails de l'organisation de ces vers, devant me borner à présenter les caractères extérieurs propres à les faire reconnaître.

Ces vers affectent principalement les enfans. Ils se trouvent presque exclusivement *dans le gros intestin*, et surtout du côté de l'anus, dont ils remplissent les plis. Cependant on en a vu en assez grand nombre dans une partie plus élevée de l'intestin. Suivant Becker (*Eph. Nat. Cur.*, dec. I, an VIII, obs. 75), on peut en trouver jusque *dans le vagin* et *dans l'utérus*. Brera dit en avoir rencontré *dans l'œsophage;* mais, quoique le fait ne soit pas impossible, il n'est pas suffisamment démontré. Les mêmes réflexions s'appliquent aux cas dans lesquels on dit avoir trouvé de ces animaux *dans l'urètre* (P. Frank) et *dans l'estomac* (Kühn, *Diss. de Asc. per urin. emiss.*, etc.; Ienæ, 1798).

On n'a rien dit qui mérite d'être rapporté sur les *causes* de la production de ces animaux.

Quant aux *symptômes* auxquels ils donnent lieu, ils sont loin de se manifester dans tous les cas. Il n'est pas rare, en effet, de trouver sur les cadavres une quantité très-considérable d'oxyures, sans qu'on ait été averti de leur présence pendant la vie. Dans d'autres circonstances, au contraire, ils peuvent déterminer des accidens notables. Ainsi plusieurs

auteurs ont attribué des troubles nerveux très-graves à l'influence de ce ver; mais n'a-t-on pas, dans le plus grand nombre des cas, eu affaire à de simples coïncidences? Sans me prononcer dans une pareille question, je dirai que le seul symptôme qui en définitive soit propre à l'oxyure vermiculaire, est une vive *démangeaison vers l'anus ;* dans quelques cas, cette démangeaison devient intolérable. M. Cruveilhier a cité un cas dans lequel l'intensité de ce symptôme était très-remarquable; et ce qu'il y avait surtout de curieux, c'est que la sensation, qui allait jusqu'à produire une *douleur véritable*, se reproduisait toutes les nuits à la même heure. J'ai vu dernièrement, chez un enfant de deux ans et demi, quelque chose de semblable. Toutefois la sensation ne paraissait pas s'élever jusqu'à une douleur vive; il paraissait n'y avoir qu'une démangeaison violente, et le symptôme se reproduisait le soir peu de temps avant l'heure du coucher, empêchant l'enfant de s'endormir pendant un temps quelquefois assez long. Lorsqu'il en est ainsi, on voit les enfans s'agiter, porter leurs mains à l'anus, le comprimer, y exercer de fortes frictions, et parfois s'asseoir par terre en poussant des cris.

On a dit que l'excitation produite sur le rectum pouvait se propager aux organes génitaux voisins, et *provoquer la masturbation*, ou produire *un écoulement vaginal* et des *pertes séminales involontaires* (Lallemand); mais pour se prononcer sur ces questions, et principalement sur les deux dernières, les élémens nous manquent. J'y reviendrai, au reste, quand je parlerai de la *leucorrhée* et de la *spermatorrhée.*

Le *diagnostic* de cette affection ne présente généralement pas de difficultés dans les cas où il existe quelque symptôme. Une démangeaison très-vive, revenant principalement le soir, occupant l'anus et l'intérieur du rectum, mettra facilement sur la voie; et si l'on examine l'anus, on peut, comme l'a fait M. Cruveilhier, reconnaître facilement les oxyures s'agitant avec vivacité dans les plis radiés.

Le *pronostic* n'a évidemment pas de gravité réelle; mais l'incommodité produite par ces vers, la facilité avec laquelle ces petits animaux se reproduisent, et la difficulté qu'on a à les atteindre à l'aide des médicamens, cachés qu'ils sont dans les replis de l'intestin, font que dans un assez grand nombre de cas le médecin ne doit pas traiter cette affection avec légèreté.

Traitement. On a recommandé contre les oxyures un bon nombre des remèdes dirigés contre les ascarides; mais il en est quelques-uns qui leur sont plus particulièrement applicables.

J'ai déjà parlé de la *suie;* c'est en lavemens qu'on administre ce remède. Il suffit de donner un lavement par jour avec une *décoction de suie.*

L'*eau froide* a été en premier lieu vantée par Van Swieten. Rosen la recommande aussi, et la donne en *boissons* aussi bien qu'en *lavemens.* C'est sous cette dernière forme seule que Van Swieten la prescrivait.

Fraenkel, cité par MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 637), a préconisé les deux *lavemens* suivans.

Le premier a l'*absinthe* pour substance active :

♃ Herbe d'absinthe.................. 8 à 16 grammes.

Faites infuser dans :

Eau.............................. 60 grammes.

Voici le second, où l'*ail* et l'*assa-fœtida* sont réunis :

♃	Bulbes d'ail frais	8 grammes.
	Faites infuser dans :	
	Eau bouillante	125 grammes.
	Ajoutez à la colature :	
	Assa-fœtida	1 gramme.
	Dissoute dans :	
	Jaune d'œuf	n° 1.

Le même auteur prescrit aussi des lavemens d'eau de chaux dans la proportion suivante :

♃	Décoction de guimauve	30 grammes.
	Eau de chaux	90 grammes.

Enfin M. Guersant (*loc. cit.*) recommande le *sulfure de potasse* en lavemens ainsi qu'il suit :

♃	Sulfure de potasse	30 à 60 centigrammes.
	Eau	250 grammes.

On n'a fait aucune recherche pour savoir si l'un de ces lavemens a plus d'efficacité que les autres.

On se borne quelquefois à injecter une certaine quantité d'*huile d'olive* dans le rectum, ce qui est utile contre les démangeaisons.

Dans le cas cité par M. Cruveilhier, un peu d'*onguent gris*, posé sur l'anus pendant quelques jours, débarrassa complétement le malade. J'ai obtenu le même effet en faisant frictionner l'anus avec la pommade suivante, dont on introduisait une petite quantité dans l'extrémité inférieure de l'intestin.

♃	Axonge	25 grammes.
	Calomel	5 grammes.
M.		

Ce médicament topique, fort simple, paraît donc devoir être particulièrement recommandé. Il est plus que probable que tout autre *pommade mercurielle* agirait de la même manière.

§ III. — Tricocéphale.

On n'a assigné aucun symptôme particulier à cette espèce de vers. Cependant j'ai entendu dernièrement M. Barth communiquer à la Société d'observation un fait de nature à appeler l'attention sur ce point. Un malade présenta, il y a peu de temps, à l'Hôtel-Dieu, des symptômes si tranchés d'une affection cérébrale, que tout le monde crut à une *méningite*. A l'autopsie, on ne découvrit rien dans l'encéphale; mais M. Barth, ayant examiné l'intestin, y trouva une quantité énorme de tricocéphales. Ce fait seul suffit pour m'engager à indiquer les caractères de ce ver.

Il est linéaire, long de 4 à 6 centimètres, capillaire, aminci du côté de la tête, renflé et spiriforme à la partie postérieure chez le mâle. La partie amincie ou antérieure est la plus longue; la partie postérieure est droite chez la femelle. Le mâle est moins développé que celle-ci.

Cet animal se rencontre principalement dans le cœcum et dans le colon. Il est rarement en très-grande quantité; cependant nous venons de voir qu'on en peut trouver un nombre immense, et Rudolphi et M. Tiedemann ont vu des cas à peu près semblables.

Les moyens que, selon toutes les probabilités, on doit diriger contre cet entozoaire sont les *lavemens*

prescrits contre les oxyures; les *purgatifs* et les *mercuriaux.*

§ IV. — Tænia ou ver solitaire.

Il existe deux espèces de *tænia :* le *tænia lata* ou *bothriocéphale*, et le *tænia solium;* mais ces deux espèces, très-importantes à distinguer sous le point de vue de l'histoire naturelle, pourraient facilement être confondues sous le rapport thérapeutique et pathologique. Sous le rapport pathologique, en effet, on n'a cité aucun symptôme qui fût particulier à l'une d'elles, et sous le rapport thérapeutique, nous n'avons que des recherches fort incomplètes et même contradictoires, entreprises dans le but de s'assurer si certains moyens sont plus efficaces contre l'une des deux espèces que contre l'autre. Cette réflexion s'applique particulièrement au *traitement de Nouffer*, dont il sera question plus loin. Je ne m'attacherai donc pas à indiquer d'une manière minutieuse les caractères de ces vers; car, pour la pratique, il suffit d'un petit nombre de détails qui font aisément reconnaître le tænia.

Les tænia sont des animaux aplatis, rubanés, mous, blancs, formés d'articulations plus ou moins nombreuses, et se présentant sous forme d'une bandelette, ce qui leur a valu leur nom.

Le *Tænia Solium* est remarquable par la longueur de ses articulations et par sa petite largeur qui est à peine de 0,001 ou 0,002 mètres en avant, et de 0,006 ou 0,009 mètres en arrière. La tête du *tænia solium* égale à peine la grosseur d'une fine épingle; elle a quatre suçoirs égaux, situés aux quatre angles, et au milieu un renflement où Bremser a

signalé l'existence d'un très-petit orifice. Ce renflement ou rostre est entouré d'une ou de deux rangées de crochets disposées en couronnes; mais ces crochets manquent souvent, l'animal étant trop jeune ou trop vieux; enfin un col très-mince, filiforme, complète le tableau de cette apparence extérieure, suffisante pour le praticien.

Le *Bothriocéphale* est remarquable par des fossettes dilatables et contractiles qui remplacent les suçoirs. Sa largeur peut s'élever jusqu'à un centimètre et demi et plus. Rudolphi en a vu de près de 3 centimètres. Sa tête est plus ovoïde que celle du tænia solium. Les fossettes y sont au nombre de deux. Son col se confond souvent avec le corps; il est quelquefois filiforme. Les anneaux qui composent le corps sont plus larges que longs, et ressemblent à des rides. Ils deviennent plus longs et plus larges à mesure qu'on avance vers l'extrémité postérieure.

Le bothriocéphale est en général moins long que le tænia solium; celui-ci, en effet, peut atteindre une longueur de 8 mètres et au-dessus, tandis que le bothriocéphale dépasse rarement 7 mètres. Des auteurs assurent avoir vu des vers de l'une et de l'autre espèce dont la longueur s'élevait à plusieurs centaines de mètres; mais l'authenticité de ces faits n'est pas généralement admise.

Le *siége* habituel du tænia est vers la partie supérieure de l'intestin grêle; on a trouvé quelquefois ce ver dans d'autres parties, et principalement dans l'estomac, sans qu'on ait pu s'assurer s'il avait primitivement pris naissance dans l'intestin. On n'en trouve presque jamais qu'un seul, ce qui lui a valu le nom de *ver solitaire.* On l'a encore désigné sous

ceux de *lombricus latus*, *vermis cucurbitinus*, *tænia cucurbitina*, etc.

La *fréquence* de ce ver est très-différente suivant les climats. Je renvoie par conséquent aux causes pour étudier ce point.

Causes. Tous les âges peuvent être affectés du tænia. Sur deux cent six malades observés par le docteur Wavruch (*Oest. med. Jahrb.;* 1841), l'*âge* variait de trois ans et demi à cinquante-cinq ans, et dans les observations de M. Louis (*Du Tænia et de son trait. par la pot. Darbon*, in *Mém. ou Rech. anat. path.;* Paris, 1826), il y avait un enfant de douze ans et un vieillard de soixante-quatorze ans. Cependant on rencontre le plus souvent ce ver chez les adultes : la plupart des malades observés par M. Wavruch avaient de quinze à quarante ans.

D'après la plupart des auteurs, le *sexe féminin* y est particulièrement exposé, et les recherches de M. Wavruch sont venues confirmer l'opinion générale. Il a trouvé, en effet, soixante et onze sujets du sexe masculin et cent trente-cinq du sexe féminin. Le nombre des hommes a été au contraire un peu plus grand dans les faits recueillis par M. Mérat (*Du Tænia ou Ver solit.;* Paris, 1832) et par M. Louis (*loc. cit.*); mais ces observations ne sont pas en nombre suffisant pour être opposées à celles de M. Wavruch. Toutefois il est à désirer que de nouvelles recherches soient faites sur ce point.

Relativement à la *constitution*, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit à propos des ascarides, si ce n'est que, dans les observations de M. Louis, elle était bonne chez presque tous les sujets. Le même auteur a constaté que tous ses malades avaient

une *nourriture* saine et variée, et ces faits ne viennent par conséquent pas à l'appui de l'opinion qui attribue la production du tænia à la *diète lactée.* M. Wavruch a constaté, après Reinlein (*Animad. circa ort. et cur. Tæniæ latæ*, etc.; Vienne, 1811), que le *séjour dans les cuisines et les boucheries était* une cause de ver solitaire. Sur les deux cent six malades, il y avait un cuisinier, cinquante-deux cuisinières et plusieurs bouchers.

Le *climat* a-t-il de l'influence sur la production du tænia? C'est ce que l'on ne peut pas dire, quoique ce ver soit très-fréquent dans certaines contrées. C'est ainsi que, suivant Odier (*Méd. prat.*), le quart des habitans de Genève auraient, dans le cours de leur existence, le ver solitaire, qui est d'ailleurs très-commun dans toutes les contrées de la Suisse. Mais ne faudrait-il pas accuser plutôt le *régime* que le climat lui-même? C'est ce qui est très-probable. Un fait remarquable, c'est que les deux espèces de tænia ne se rencontrent pas indifféremment dans tous les pays. Ainsi le tænia solium se trouve particulièrement dans l'Inde, en Egypte, en Grèce, en France, en Allemagne, en Portugal et dans l'Amérique septentrionale, tandis qu'en Suisse, en Pologne et en Russie, on trouve presque toujours le bothriocéphale.

Symptômes. Les symptômes du tænia n'ont généralement pas été étudiés avec plus de soin que ceux des autres vers. M. Louis cependant a soumis ses observations, qui malheureusement ne sont qu'au nombre de dix, à une analyse exacte qui nous servira principalement à tracer le tableau suivant. On peut dire d'une manière générale que les symptômes

du tænia sont peu graves. Quant au *début*, il n'est pas toujours très-facile de le fixer, attendu qu'il remonte souvent très-haut, puisque M. Louis a vu des malades qui évacuaient des fragmens de ver depuis huit, neuf, douze ans, ou même depuis la première jeunesse, et que, d'un autre côté, ce n'est qu'à l'époque où les premiers fragmens du tænia ont été rendus que les malades font remonter ce début, qui du reste ne présente rien de bien particulier.

Les *douleurs de ventre* sont le premier symptôme qu'il importe d'examiner. Ces douleurs consistent souvent en de véritables *coliques*, mais parfois ce sont des *sensations particulières*, telles que la sensation de morsure, de succion, de reptation, de mouvemens onduleux, d'une tension ou d'un poids dans l'abdomen, ou enfin d'une douleur indéfinissable. C'est ordinairement vers les flancs et autour de l'ombilic que se manifestent ces diverses sensations. Quant aux coliques, elles occupent une grande partie de l'abdomen. Les douleurs, de quelque nature qu'elles soient, sont intermittentes, et se reproduisent à des intervalles variables. Les coliques sont ordinairement fréquentes, du moins à certaines époques de la maladie. Dans quelques cas cependant elles ne se produisent que très-rarement. Leur violence peut être considérable. On a remarqué que chez certains sujets l'abdomen présentait une *tuméfaction* locale et variable, occupant de préférence l'ombilic.

Ces douleurs ne sont ordinairement accompagnées d'aucun trouble dans les *fonctions intestinales*. La diarrhée, en particulier, n'est point un symptôme

du tænia, et sauf la présence des fragmens du ver dans les déjections alvines, on n'y trouve rien de remarquable. Chez les sujets qui ne subissent pas de traitement, les fragmens de tænia sont rendus à plusieurs reprises et à des intervalles très-variables.

Un phénomène qui a été noté avec soin par M. Louis, et qui mérite d'attirer l'attention du médecin, est le *prurit au pourtour de l'anus*. Cet auteur ne l'a vu manquer que dans trois cas sur dix. Le *prurit des narines* ne s'est montré, au contraire, que chez quatre sujets.

On a généralement beaucoup insisté sur l'*état de l'appétit* chez les sujets affectés du tænia. Une opinion assez répandue est que dans cette affection l'appétit est insatiable. Mais l'examen attentif des faits prouve qu'on a établi en règle générale ce qui ne s'observe que dans un petit nombre de cas. Le plus souvent, en effet, l'appétit est diminué; quelquefois il est nul. Chez certains sujets, il y a des alternatives d'augmentation et de diminution; chez d'autres, l'augmentation de l'appétit est telle, que les malades sont obligés de manger fréquemment, et qu'ils ne peuvent se rassasier; mais, je le répète, ces cas sont les moins fréquens. Enfin, dans un nombre assez considérable de cas, l'appétit ne subit aucune altération. On voit que ce symptôme est très-variable, et qu'il faudrait se garder d'y chercher un signe diagnostique positif.

Quelques *douleurs épigastriques* se font sentir chez un petit nombre de sujets. Ce qu'il y avait de remarquable dans les observations de M. Louis, c'est que ces douleurs ne se montraient que chez des femmes, et cet auteur est porté à croire que l'action

des remèdes violens déjà administrés en était la principale cause, sinon la seule.

Les *vomissemens* sont bien plus rares encore. M. Louis ne les a observés qu'une seule fois : fréquens avant l'expulsion des premiers fragmens du ver, rares dans la suite.

La *céphalalgie* est un symptôme rare, mais il peut être remarquable par sa durée, puisque deux des femmes observées par M. Louis se plaignaient de maux de tête depuis deux ou quatre ans.

« Le plus grand nombre des malades, dit M. Louis (*loc. cit.*), éprouvaient depuis longtemps des douleurs vagues, des *lassitudes*, quelquefois des *crampes aux extrémités*. Ces douleurs et ces lassitudes étaient parfois assez considérables pour les obliger à suspendre leurs travaux; plusieurs ne s'y livraient qu'avec peine, et cette raison plutôt qu'une autre les déterminait à essayer un nouveau remède. »

Le même auteur a observé des *bourdonnemens d'oreille*, uniquement chez les femmes, dont l'une se plaignait d'avoir *la vue* un peu obscurcie. Il a en outre constaté que la *pupille* n'était jamais dilatée ni contractée, ce qui prouve que l'on a eu tort de donner ces phénomènes comme des symptômes du tænia.

D'autres auteurs ont mentionné les *lipothymies*, les *vertiges*, la *torpeur* approchant de la paralysie (Moll; *OEst. med. jar.*, t. XXVIII), le *tremblement des membres*, les *convulsions*, l'*épilepsie*, les *attaques d'hystérie*, la *catalepsie*, la *chorée*, et même la *paraplégie*, etc.; mais ces divers troubles nerveux n'ont été observés que dans des cas isolés, en sorte qu'il n'ont pas une très-grande importance. Cepen-

dant il était bon d'indiquer la possibilité de leur apparition, parce que, dans quelques cas, ces symptômes ont disparu après l'expulsion du ver. Enfin un certain degré de *langueur*, la *pâleur de la face*, et un peu d'*amaigrissement*, phénomènes qui ne surviennent guère qu'à une époque avancée de la maladie, et lorsque déjà des fragmens de ver ont été fréquemment rendus, complètent ce tableau symptomatique.

Marche; durée; terminaison. Nous avons vu plus haut que le début de la maladie pouvait remonter à une époque très-éloignée, et même à la première enfance; mais, dans tous les cas, il arrive certaines époques où les symptômes prennent un peu plus d'intensité. On voit même des sujets qui ne les présentent qu'à des intervalles très-éloignés. Sous ce rapport donc, la *marche* de la maladie ne diffère pas sensiblement de celle des *ascarides lombricoïdes*. Toutefois il faut dire que la continuité des symptômes est plus fréquente dans le tænia. Quant à la *durée*, il est presque inutile de dire qu'elle est indéterminée, et que si on n'emploie pas des remèdes efficaces, le tænia peut persister toute la vie. La *terminaison* n'est jamais fâcheuse; du moins on n'a pas cité d'exemples de ces accidens mortels qui rendent parfois si grave la présence des *ascarides lombricoïdes*. J'ai cependant mentionné plus haut des symptômes fâcheux qui ont été quelquefois observés.

On n'a signalé aucune *lésion pathologique* qu'on puisse rapporter avec quelque confiance au tænia.

Diagnostic. De l'aveu des principaux auteurs qui se sont occupés particulièrement du tænia, il n'y

a point de signe diagnostique, autre que l'expulsion du ver, qu'on puisse regarder comme ayant une valeur réelle. Cependant M. Louis, qui s'est livré à une analyse exacte des faits soumis à son observation, a rassemblé les principaux symptômes, et les ayant appréciés, dans le but de rechercher si le diagnostic était possible, il est arrivé au résultat suivant (*loc. cit.*, p. 554) : « Nous venons de voir, dit-il, que tous les malades avaient éprouvé, après et quelquefois avant la sortie du tænia, des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes, quelquefois considérables, répétées à des distances plus ou moins rapprochées; que ces coliques n'étaient ni suivies ni accompagnées de dévoiement; que dans presque tous les cas, au contraire, elles étaient accompagnées de prurit au pourtour de l'anus ou aux narines. Nous pensons, par cela même, que, quand des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes et fréquentes, mais sans diarrhée, se sont reproduites pendant un certain temps, accompagnées de prurit à l'anus ou à l'extrémité du nez, elles indiquent d'une manière presque certaine l'existence d'un ver dans le canal intestinal. Ces symptômes ont, par leur réunion, quelque chose de très-remarquable. On ne les rencontre tels que dans les affections vermineuses; on ne les conçoit bien qu'avec elles : double raison de les croire propres à indiquer leur existence.

« D'autres symptômes, tels que l'amaigrissement, les douleurs dans les membres, les lassitudes, l'éloignement pour le travail, doivent être remarqués; mais ils ne sont pas aussi fréquens que les premiers : ils n'ont, comme tant d'autres phénomènes nerveux

dont est chargée la description des maladies vermineuses, rien de spécial, et par conséquent rien qui puisse leur donner une place parmi les symptômes diagnostiques. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de complications, quand l'ensemble des symptômes indiqués a lieu, il doit paraître infiniment probable, comme nous l'avons déjà dit, qu'il existe des vers; mais ces vers sont-ils des tænia? C'est ce que nous ne nous chargeons pas de décider, n'ayant pas recueilli, relativement aux affections vermineuses, des faits autres que ceux dont nous venons de donner l'histoire. »

Après avoir examiné les relations des divers auteurs, on est aussi embarrassé que M. Louis relativement au diagnostic du tænia et de l'*ascaride lombricoïde*. Cependant il est une circonstance qui peut servir, sinon à fixer le diagnostic, du moins à le rendre probable : c'est l'âge des malades. Chez les adultes, on devra croire plutôt à l'existence du tænia, et chez les enfans à celle de l'ascaride. Il est à désirer qu'un travail sur les symptômes produits par ce dernier ver soit entrepris de manière à nous fournir un meilleur point de comparaison. Quant aux *oxyures*, nous avons vu qu'ils ne produisent point de coliques, mais seulement une démangeaison très-vive à l'anus, et qu'en outre on peut les apercevoir en examinant attentivement cette partie. Enfin nous savons qu'on ne peut assigner aux *tricocéphales* aucun symptôme qui leur soit propre.

L'absence de selles liquides empêchera que l'on confonde les symptômes du tænia avec ceux de l'*entérite*, et la démangeaison au pourtour de l'anus

et aux narines servira à les faire distinguer de ceux de l'*entéralgie*. Je ne pousserai pas plus loin l'exposé de ce diagnostic qui a encore besoin d'être étudié.

Traitement. Le traitement du tænia est peut-être celui qui contient, non-seulement le plus grand nombre de substances employées, mais encore le plus grand nombre de méthodes particulières et complètes exclusivement préconisées par leurs inventeurs. Il serait beaucoup trop long et il y aurait peu d'utilité à exposer tout ce qui a été publié à ce sujet. Je me contenterai d'indiquer les principaux remèdes et de présenter les méthodes le plus en vogue.

Vomitifs; purgatifs. En général, les vomitifs et les purgatifs n'ont été administrés que pour favoriser l'action d'autres substances regardées comme spécifiques. Les premiers surtout, qui ne sont recommandés que par un petit nombre d'auteurs, ne méritent pas de nous arrêter ici. Quant aux seconds, je signalerai d'abord le *jalap*, l'*aloës*, l'*huile de ricin*, qui font partie d'un très-grand nombre de formules ou de méthodes diverses, mais qu'on n'a pas employés seuls contre le tænia.

Il n'en est pas de même de l'*huile de croton tiglium*, vantée par Puccinotti (*Ann. univ. di Med.*, avril 1825). *Deux ou trois gouttes de cette huile*, données chaque jour en pilules, ont suffi quelquefois pour faire rendre le tænia. Mais ce traitement est loin d'avoir l'efficacité d'un bon nombre d'autres que je vais indiquer, et c'est pourquoi on ne considère en général l'huile de croton que comme un simple adjuvant. Le *vin de colchique* a été recommandé par le docteur Crisholm (*the Lond. Med.*

Repos., 1824), et ce médecin a cité un exemple d'expulsion d'un tænia par ce médicament donné a la dose de *trois cuillerées à thé dans les vingt-quatre heures;* mais cette substance n'a guère été employée par d'autres médecins.

Mercuriaux. Les préparations mercurielles, et en particulier le *calomel*, ont été mises en usage par un grand nombre de médecins; mais agissent-elles seulement comme purgatifs? c'est ce qui ne paraît pas probable. Au reste, il faut dire que jamais on ne s'est borné à l'emploi exclusif de ces moyens : on peut en juger par l'exposé de la méthode suivante, préconisée par Beck (*Hufeland's Journ.*, 1803):

MÉTHODE DE BECK.

On doit d'abord faire prendre aux malades, à quatre ou cinq heures de l'après-midi, la préparation suivante :

℞ Calomel........................	1,25 grammes.
Corne de cerf brûlée............	} āā 0,50 grammes.
Cinnabre........................	}
Antimoine.......................	}

Le soir, après avoir pris un potage [1], le malade prend 60 grammes d'huile d'amandes. Le lendemain, à jeun, il prendra un des paquets suivans :

℞ Racine de fougère mâle...........	4 grammes.
——— de jalap.....................	} āā 2 grammes.
——— de gomme gutte............	}
Herbe de charbon-bénit............	}
Corne de cerf brûlée..............	}

Faites une poudre très-fine; divisez en trois paquets.

[1] Peut-être faudrait-il modifier cette administration des remèdes, parce qu'à l'époque où cette méthode a été publiée, les repas se faisaient à des heures différentes.

Au bout de deux heures, si le tænia n'est pas sorti, prendre un autre paquet : attendre deux heures encore avant d'administrer le troisième. Suspendre le médicament dès que le ver est expulsé.

On voit, par le grand nombre de substances qui sont mises en usage dans cette méthode, qu'il est impossible de présenter le traitement du tænia d'une manière bien méthodique. Desault (*Dict. des Sc. Méd.*, t. LIV) a recommandé les *frictions mercurielles* en même temps que le calomel à l'intérieur, et Rathier a uni cette préparation mercurielle à d'autres substances, ainsi qu'il suit :

℞ Sabine en poudre....................	1	gramme.
Semences de rhue....................	0,75	grammes.
Calomel..............................	0,50	grammes.
Huile essentielle de tanaisie...........	0,60	grammes.
Sirop de fleurs de pêcher..............	Q. S.	

A prendre en deux fois, le matin et dans l'après-midi.

Fougère. La *racine de fougère mâle* a été principalement employée dans la méthode célèbre de Nouffer (*Journ. de Méd.*, t. XLIV; 1775, et *Précis du Trait. contre le Tænia*, etc.; Paris, 1775), qui est à peu près semblable à celle qu'avait déjà proposée Herrenschwand, et dont on trouve un extrait dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*. Voici celle de Nouffer :

MÉTHODE DE NOUFFER.

Sept heures après un dîner ordinaire, on fait prendre au malade une *panade* ainsi composée : 750 grammes d'eau, 60 à 80 grammes de beurre frais, et 2 onces de pain coupé en petits morceaux. Remuer jusqu'à ce que le tout soit bien lié. Si le malade n'avait pas eu de garde-robes ce jour-là,

il prendrait, un quart d'heure ou une demi-heure après la panade, un *lavement d'eau de guimauve*, avec addition d'un peu de *sel commun* et de 30 grammes d'*huile d'olive*. Le lendemain matin, on administre le médicament suivant :

℞ Racine de fougère mâle en poudre très-fine.	16 grammes.
Eau distillée de fougère ou de fleurs de tilleul........................	120 à 180 grammes.

A prendre en une seule fois.

Si le malade a des nausées, il peut mettre dans sa bouche quelque substance aromatique, mais non l'avaler. Si, malgré toutes les précautions, la poudre est vomie, on doit en administrer immédiatement une autre dose.

Deux heures après la poudre, donner le purgatif qui suit :

℞ Calomel........................	āā 0,60 grammes.
Racines sèches de scammonée....	āā 0,60 grammes.
Gomme gutte..................	āā 0,60 grammes.
Confection d'hyacinthe..........	Q. S.

F. un bol de consistance moyenne, à prendre en une fois.

Immédiatement après, une ou deux tasses de thé vert léger, que l'on continuera jusqu'à ce que le ver soit rendu. Si le bol ne suffit pas pour purger, prescrire de 8 à 32 grammes de *sulfate de magnésie*.

Si le ver ne tombe pas en paquet, mais s'échappe seulement en partie, il ne faut pas chercher à l'extraire; l'on doit rester sur le bassin jusqu'à ce qu'il soit tombé, et pour favoriser son expulsion, on pourra donner une nouvelle dose de sulfate de magnésie. La non expulsion du ver ne doit pas faire supprimer le repas suivant, ce qui n'empêche pas le tænia d'être rendu encore, quoique rarement. Si le ver n'est pas rendu le lendemain, il faut recommencer le traitement exactement comme la veille.

La méthode de Herrenschwand ne diffère guère de celle qui vient d'être indiquée qu'en ce que ce mé-

decin, loin de regarder la fougère mâle comme la plus utile, ne l'administrait qu'à défaut de la *fougère femelle.*

Quelles sont dans ces méthodes les substances vraiment indispensables et celles dont on pourrait épargner l'usage aux malades? C'est ce qu'il n'est pas facile de dire. J'indiquerai plus loin l'opinion de M. Mérat relativement aux purgatifs administrés dans le traitement du tænia par l'écorce de racine de grenadier.

Un grand nombre d'auteurs ont adopté l'usage de la *fougère*, et, malgré l'opinion de Herrenschwand, ils ont préféré la *fougère mâle.* Parmi eux je puis citer Rudolphi, Richter, Renaud, Bourdier, Meyer, Vogel, etc. etc.; mais il faut mentionner particulièrement le traitement recommandé par le docteur Peschier. Voici comment ce médecin administre cette substance (*Rev. Méd.*, 1825, t. II) :

MÉTHODE DE M. PESCHIER.

♃	Extrait éthéré de fougère mâle.........	1,25 grammes.
	Racine de fougère mâle en poudre....	0,60 grammes.
	Conserve de roses.....................	Q. S.

F. quinze pilules. A prendre, le soir, à intervalles d'une demi-heure.

Le lendemain, on administre un purgatif. Plus tard (*Rev. méd.*, 1825, t. IV), M. Peschier a eu recours à l'*huile éthérée de fougère*, qui est une *oléo-résine* résultant de la distillation de la teinture éthérée. On l'administre à la dose de 2 à 8 grammes, suivant l'âge, dans du pain à chanter.

45 à 60 grammes d'huile de ricin sont donnés deux heures après.

Un bon nombre de médecins allemands ont constaté les bons effets de cette méthode.

Racine de grenadier. L'écorce de racine de grenadier est aujourd'hui le remède le plus généralement employé. Ce moyen, très-anciennement connu, puisque Dioscoride, au rapport de M. Mérat, en parle d'une manière précise, a été longtemps négligé, jusqu'à ce que Buchanan (*Edinb. Med. and. surg. Journ.*, t. III) ayant observé les bons effets de ce médicament, en usage dans l'Inde de temps immémorial, en signala les propriétés anthelminthiques. Plusieurs médecins ensuite, et en particulier les docteurs Flemming et Breton (*Trans. med. chir. London.*, t. IX), etc., vantèrent ses propriétés. Enfin M. Mérat en a fait le sujet de recherches intéressantes, et depuis cette époque beaucoup de médecins ont cité les résultats favorables de leur expérience. Voici, suivant M. Mérat, comment doit être administrée la racinè d'écorce de grenadier :

Sans aucune préparation préalable, on fait prendre la décoction suivante :

♃ Écorce fraîche de racine de grenadier cultivé.	60 grammes.
Eau	750 grammes.

F. bouillir jusqu'à réduction à 500 grammes.
A prendre en trois doses, à une heure d'intervalle.

Une circonstance importante pour assurer l'effet du médicament, c'est de ne le faire prendre que lorsque le malade rend actuellement des anneaux de tænia. C'est pour avoir négligé cette recommandation que, suivant M. Mérat (*Rev. méd.*, septembre 1844), on a maintes fois échoué dans le traitement de ce ver. C'est aussi, ajoute-t-il, parce qu'on ne s'est pas contenté d'administrer la racine de grenadier, qu'on y a joint des purgatifs, soit avant, soit après, ou bien qu'on n'a pas donné la dose telle qu'elle vient d'être indiquée, ou bien encore parce qu'au lieu d'avoir recours à la racine fraîche, on a employé la racine sèche.

On ne saurait donc trop insister sur ces recommandations, et l'on doit engager les médecins à avoir égard dans leurs recherches aux circonstances qui viennent d'être indiquées.

Je ne peux cependant pas m'empêcher d'ajouter que presque tous les auteurs conseillent de donner de 50 à 60 grammes d'*huile de ricin*, soit avant l'administration de l'écorce de grenadier, soit après, soit à ces deux époques.

Dans un fait cité par M. Ferrus, un malade rendit un tænia à la suite de l'administration d'une *décoction un peu fermentée d'écorce de racine de grenadier*, tandis qu'auparavant une même dose non fermentée n'avait pas réussi. Mais ce fait isolé n'a point de valeur réelle, surtout quand on considère que les principales circonstances n'ont pas été notées.

Quelquefois on a prescrit la *décoction vineuse* de cette racine, que l'on a aussi associée à d'autres substances; mais il est impossible de savoir si ces préparations ont plus ou moins d'avantages que la précédente.

On trouve dans le Formulaire de M. Foy (p. 67) l'indication de *bols* dans lesquels l'écorce de grenadier est mêlée à d'autres substances, comme il suit :

℞ Poudre de racine d'écorce de grenadier...	4 grammes.
— d'assa-fœtida	15 grammes.
Huile de croton tiglium..................	4 gouttes.
Sirop d'éther..........................	Q. S.

F. quinze bols. A prendre cinq par jour.

Sans entrer dans de plus grands détails sur l'emploi de cette substance, dont l'efficacité n'est pas contestable, quoiqu'on cite des cas dans lesquels elle a

échoué, disons que la méthode de M. Mérat est celle que l'on doit particulièrement recommander, parce que ce médecin a rapporté un très-grand nombre de faits qui parlent en sa faveur.

M. Deslandes a proposé (*Bull. de Thér.*, 1832) non plus la décoction de racine de grenadier, mais l'*extrait alcoolique*, et, suivant lui, cette préparation, prise à la dose de 24 grammes, est plus efficace que la décoction; mais le fait n'est pas suffisamment prouvé.

Enfin quelques médecins ont eu recours à la *racine de grenadier sauvage;* mais la racine de grenadier cultivé a assez d'efficacité pour qu'on s'en tienne à son administration.

Étain. Après les deux médicamens qui viennent d'être indiqués, l'*étain* est celui qui a joui de la plus grande réputation. La manière de l'administrer est assez variable, et presque toujours on a uni ce métal à d'autres substances dont on admet l'efficacité dans la cure du tænia. La *poudre de Guy* est une des préparations qui ont eu le plus de vogue. Voici comment elle est composée :

POUDRE DE GUY.

℞ Limaille d'étain	210 grammes.
Mercure coulant	30 grammes.
Fleurs de soufre	4 grammes.

Triturez dans un mortier jusqu'à réduction à une poudre très-fine. A prendre de 1 gramme à 1,50 grammes dans la journée.

M. Fouquier unit l'étain au jalap dans la formule suivante :

℞ Étain granulé et porphyrisé	30 grammes.
Jalap en poudre	āā 4 grammes.
Extrait d'armoise	
Sirop de chicorée	Q. S.

F. un électuaire, à prendre en douze ou quinze fois, de demi-heure en demi-heure.

Je pourrais multiplier les formules, mais sans utilité. Je me contente d'en ajouter une, qui est la plus simple de toutes, et qui permet d'apprécier plus exactement les résultats de l'étain :

℞ Étain pulvérisé........................	1,25 grammes.
Miel despumé........................	Q. S.

F. un électuaire, à prendre en une fois le matin. On peut doubler et même tripler la dose chez les adultes robustes.

Éther sulfurique. Voici encore un médicament qui a fait la base d'une méthode particulière, qu'on appelle *méthode de Bourdier*, et dans laquelle on retrouve la fougère mâle. Ce médecin agissait ainsi :

MÉTHODE DE BOURDIER.

Faites prendre, le matin à jeun :

℞ Éther sulfurique........................	4 grammes.
Forte décoction de racine de fougère mâle.	1 verre.

Une heure après, administrez :

℞ Huile de ricin........................	60 grammes.
Sirop de gomme........................	40 grammes.

M.

En général, il faut répéter la dose le lendemain, et quelquefois le troisième jour. Lorsque le ver est senti dans le canal intestinal, on doit ajouter aux remèdes précédens le lavement suivant :

℞ Éther sulfurique........................	8 grammes.
Décoction de racine de fougère mâle....	Q. S.

L'éther sulfurique, préconisé également par Ali-

bert (*Élém. de Thér.*, t. Ier), fait partie de plusieurs autres méthodes.

Huile empyreumatique de Chabert. Nous retrouvons ici ce remède, qui a été signalé dans le traitement de l'*ascaride lombricoïde* (*voyez* page 92). On se contente généralement de prescrire cette huile à la dose de *une ou deux cuillerées à café* par jour dans une demi-cuillerée à bouche de sirop de fleur d'oranger. Bremser l'associe à son *électuaire vermifuge* et à son *purgatif*; mais ces moyens ne diffèrent pas suffisamment de ceux qu'il emploie contre les ascarides, pour qu'il soit utile de les exposer.

Telles sont les principales substances mises en usage. Je pourrais y joindre l'*opium* (Brefeld, in *Hufeland's Journ.*, 1805), les *ferrugineux* (Bremser, *ibid.*, 1828), l'*assa-fœtida* (Mellin, Schwartz, *ibid.*, t. XII), l'*acide carbonique*, les *amandes amères* (Hufeland), l'*électricité* (Fricke, in *Med. chir. Zeit.*, 1795) et même la *solution arsenicale de Fowler* (Fischer, *Med. Papers comm. to the Massach. Med. Soc. Boston*, 1806), la *noix vomique* (Brefeld, in *Hufelands' Journ.*, 1805), et l'*acide prussique* (Cagnola, in *Annal. univ. di Medic.*, 1820); mais l'expérience n'a pas suffisamment parlé en faveur de ces moyens, dont quelques-uns sont très-dangereux. Je préfère terminer l'exposé de ce traitement en faisant connaître quelques autres méthodes particulières qui comprennent un certain nombre des médicamens que j'ai passés en revue.

Mathieu, pharmacien de Berlin, traitait le ver solitaire ainsi qu'il suit :

MÉTHODE DE MATHIEU.

Quelques jours avant l'emploi des électuaires qui vont être indiqués, on recommande un *régime* composé de bouillon maigre, de potages légers, de légumes, de substances salées.

Puis on administre *toutes les deux heures* et *pendant deux ou trois jours* une *cuillerée à café* de l'électuaire suivant :

♃ Limaille d'étain	30 grammes.
Racine de fougère mâle récente	25 grammes.
Semen-contra	15 grammes.
Jalap	ãã 4 grammes.
Sulfate de potasse	
Miel	Q. S.

Au bout de ce temps, on passe à l'administration d'un second électuaire, qu'on prescrit de la même manière, et qui est ainsi composé :

♃ Jalap	ãã 2,50 grammes.
Sulfate de potasse	
Scammonée	1,25 grammes.
Gomme gutte	0,50 grammes.
Miel	Q. S.

Au moment de l'expulsion, on donne quelques cuillerées d'huile de ricin pour la faciliter.

On voit que nous retrouvons dans cette méthode le *semen-contra*, plus particulièrement dirigé contre les *ascarides*.

La méthode du docteur Schmidt, achetée, comme la précédente, par le gouvernement prussien, et que Casper a rendue publique, mérite une mention, parce qu'elle contient quelques substances particulières, et entre autres l'*assa-fœtida* et la *digitale* :

MÉTHODE DE SCHMIDT.

On donne, le matin, deux cuillerées du mélange suivant :

℞ Racine de valériane officinale pulvérisée	2,40	grammes.
Feuilles de séné.....................	8	grammes.
Faites une infusion de 180 grammes, et ajoutez :		
Sulfate de soude.....................	12	grammes.
Sirop de manne.....................	60	grammes.
Oléo-saccharum de tanaisie..........	8	grammes.

M.

On continuera ensuite l'administration de deux cuillerées de ce mélange, de deux en deux heures, jusqu'à sept heures du soir. Dans les intervalles, on fera boire beaucoup de café à l'eau fortement édulcoré, et l'on ne permettra pour alimentation qu'une légère soupe et un peu de hareng salé. Le reste du régime est composé d'alimens excitans et de beaucoup de sucre.

Le jour suivant, on fait prendre, à dater de six heures du matin, à des intervalles d'une ou deux heures, et jusqu'à l'expulsion du ver, les pilules suivantes :

℞ Assa-fœtida.................... }	ââ	12	grammes.
Extrait de chiendent............ }			
Gomme gutte.................... }	ââ	8	grammes.
Rhubarbe....................... }			
Racine de jalap en poudre...... }			
Feuilles de digitale pourprée.... }	ââ	0,60	grammes.
Ipécacuanha en poudre.......... }			
Soufre doré d'antimoine pulvérisé. }			
Calomel........................		2,50	grammes.
Huile éthérée de tanaisie....... }	ââ	15	gouttes.
——— d'anis............ }			

F. des pilules de 0,30 grammes.

A prendre au nombre de six chaque fois dans une cuillerée à café de sirop.

Une demi-heure après la première dose, on fait prendre une cuillerée à soupe d'huile de ricin, et dans le cours de la journée une grande quantité de café bien sucré. Il est

bon de continuer à prendre une ou deux pilules les jours suivans.

On voit combien ces méthodes sont compliquées, et combien il serait nécessaire que des expériences bien faites nous fissent connaître quelle est la partie active d'un pareil traitement.

La *méthode de Vürtemberg* a pour substances actives la *racine de fougère mâle*, le *calomel* et quelques *purgatifs*. Celle de Siemerling (*Hufeland's Journ.*, t. LXXI), qui contient un grand nombre de détails, a également pour principal médicament la *fougère mâle*, à laquelle on joint l'*huile de ricin* et l'*huile de térébenthine*. Je pourrais en citer d'autres, mais il n'y aurait point d'utilité réelle, car elles ne diffèrent des précédentes que par quelques nuances; et d'ailleurs on a vu, d'une part, que les moyens qui les composent sont amalgamés d'une manière peu rationnelle, et, de l'autre, qu'on les a préconisés sans s'appuyer sur des observations rigoureuses.

Il me reste maintenant à dire un mot d'un remède secret administré dans les cas observés par M. Louis, et dont ce médecin a constaté d'une manière rigoureuse les excellens effets : c'est la *potion Darbon*. Malheureusement ce remède n'est point acquis à la pratique médicale; nous n'en connaissons pas la composition, et c'est pourquoi je n'entrerai point dans de grands détails à son sujet. « Tous les malades, dit M. Louis, ont pris sans préparation préalable et à jeun la potion de M. Darbon à la dose de 240 à 300 grammes. Cette potion, d'une couleur brunâtre, épaisse et trouble, a paru à quelques malades un peu aigre et d'un goût d'écorce d'orange,

tandis que d'autres ne lui ont trouvé aucune saveur déterminée.

« Des évacuations alvines plus ou moins nombreuses ont eu lieu trois, quatre et cinq heures, quelquefois plus tôt, quelquefois plus tard, après l'administration du remède, et étaient accompagnées d'un plus ou moins grand nombre d'articulations de tænia de toutes grandeurs. Dans plusieurs cas où les évacuations se faisaient trop longtemps attendre, on les a provoquées par un lavement d'eau simple ou animé d'un peu de sel. »

Les troubles causés par l'administration de ce remède sont très-légers, et le rétablissement des malades est prompt et durable. Aussi M. Louis a-t-il pu dire, en terminant : « Aucun des remèdes vantés jusqu'ici contre le tænia n'agit d'une manière aussi douce, aussi constamment efficace, et c'est ce qui nous a fait dire que cette potion réunit le double avantage de la certitude et de la sécurité. »

On ne peut s'empêcher, après cela, de faire des vœux pour que l'usage de cette potion devienne licite.

Comme je l'ai dit dans un des passages précédens, il peut arriver qu'une portion du tænia seulement sorte par l'anus, le reste du ver étant encore contenu dans l'intestin, et l'on a vu qu'en pareil cas les auteurs sont unanimes pour recommander de ne point exercer sur lui, dans le but de favoriser cette *expulsion incomplète*, la traction même la plus légère, mais bien de rester sur le bassin et de faire des efforts de défécation. Suivant Brera, la traction sur le ver a des inconvéniens plus graves encore : il a vu, dit-il, en pareil cas, le malade, après avoir

éprouvé un tiraillement dans l'abdomen, tomber en convulsions. Cet auteur conseille de *lier plutôt la portion sortie* avec un fil de soie, de faire prendre au malade une potion laxative, et de le faire rester sur la chaise percée jusqu'à entière expulsion du ver.

Un autre accident qui mérite d'être signalé, et que la plupart des médecins qui se sont occupés du tænia ont observé, est, au moment de l'expulsion, une lipothymie précédée d'anxiété précordiale, et qui se termine souvent par le vomissement. Cet accident ne doit pas inspirer de craintes, car l'expérience a prouvé qu'il se dissipe rapidement; et, suivant Brera, le seul moyen qu'on doive lui opposer est de faire respirer au malade l'*acide acétique*. Nous avons vu que les accidens de ce genre n'avaient pas lieu pendant l'administration du *remède Darbon*.

Résumé. Tels sont les principaux moyens dirigés contre le tænia, et l'on voit qu'après la potion Darbon, l'écorce de racine de grenadier, telle qu'elle est administrée par M. Mérat, constitue le médicament le plus facile à employer et le plus sûr dans ses résultats. C'est par conséquent, de tous les remèdes que nous pouvons mettre en usage, celui que nous devons principalement recommander; mais il faut avoir soin, je le répète, dans son administration, de suivre les indications sur lesquelles M. Mérat a tant insisté.

Il n'y a évidemment point d'*ordonnances* à donner pour un traitement qui consiste dans des méthodes particulières dont chacune est une ordonnance complète.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Vomitifs, purgatifs; préparations mercurielles; méthode de Beck; racine de fougère; méthode de Nouffer; méthode de Peschier; racine de grenadier; méthode de M. Mérat; étain; éther sulfurique; méthode de Bourdier; huile empyreumatique de Chabert; moyens divers; méthode de Mathieu; méthode de Schmidt; remède Darbon.

LIVRE QUATRIÈME.

MALADIES DES ANNEXES DES VOIES DIGESTIVES

(*foie; rate; pancréas; péritoine*).

Je rassemble dans un même livre les maladies des diverses parties que je viens de mentionner, parce que, d'une part, elles ont entre elles une liaison assez grande, et que d'une autre, ayant des rapports évidens avec les affections étudiées dans le livre précédent, elles prennent naturellement leur place à la suite de ces affections. Je sais qu'il est un peu arbitraire de ranger parmi elles les maladies du *péritoine*, parce que cette séreuse ne peut pas être rigoureusement considérée comme un simple annexe des voies digestives, et que ses maladies sont en outre liées à celles d'autres organes, tels que les reins, les ovaires, la matrice, etc. Mais, après y avoir réfléchi, j'ai vu que je ne pouvais pas trouver pour elles de place plus convenable, et qu'en les décrivant ici je rendrais faciles toutes les recherches, en même temps que je rapprocherais les affections péritonéales de celles avec lesquelles il importe le plus de les comparer. Cette raison m'a déterminé.

Les affections des annexes des voies digestives sont bien loin d'avoir toutes la même importance. Ainsi les maladies de la *rate*, malgré les asser-

tions plus qu'exagérées soutenues dans ces derniers temps par M. Piorry, n'ont qu'un intérêt médiocre, et celles du *pancréas* ne méritent guère qu'une mention. Celles du foie, et surtout celles du péritoine, nous occuperont donc presque exclusivement.

CHAPITRE PREMIER.

Maladies du foie.

On a beaucoup disserté, beaucoup écrit sur les maladies du foie, et cependant, de l'aveu de tous les auteurs, rien n'est plus obscur que leur histoire. Mais, s'il en est ainsi, ce n'est pas seulement, il faut le dire, parce que l'étude de leurs symptômes est difficile; c'est aussi parce que l'observation ne s'est généralement exercée sur elles qu'avec négligence, et surtout parce que personne n'a encore entrepris de réunir tous les faits épars, d'en recueillir d'autres bien complets et en nombre un peu considérable, et de les soumettre tous à une analyse rigoureuse. Espérons qu'un semblable travail sera enfin l'objet de recherches sérieuses.

En attendant, je vais, autant qu'il me sera possible dans cet ouvrage, chercher à éclaircir les points obscurs, en remontant aux sources, c'est-à-dire aux observations des auteurs, et en consultant quelques faits inédits que j'ai entre les mains. Je dirai d'abord un mot de la *congestion sanguine* et de l'*apoplexie hépatique;* puis je passerai en revue : l'*hépatite ;* les *abcès du foie ;* le *cancer ;* la *cyrrhose ;* l'*hyper-*

trophie, l'*atrophie;* les *kystes;* les *entozoaires*, et je mentionnerai quelques affections admises par la plupart des auteurs, mais qui seront pour moi l'objet de quelques discussions.

ARTICLE Ier.

CONGESTION SANGUINE ET APOPLEXIE HÉPATIQUE.

Doit-on considérer la *congestion sanguine du foie* comme une maladie à part? je ne le pense pas. Il est certain que cet organe éminemment vasculaire a une tendance marquée à se congestionner; mais c'est par suite d'obstacles au cours du sang, pendant la durée des maladies du cœur et dans d'autres affections où il y a des troubles de la circulation, comme dans l'asphyxie. Dès lors on ne peut plus considérer la congestion sanguine du foie indépendamment des affections avec lesquelles elle est liée, et tout ce qu'il importe d'en dire ici, c'est que ses *symptômes* sont une augmentation de volume reconnaissable par la palpation et la percussion; une gêne dans la région du foie, et parfois un sentiment de pesanteur. Si la congestion est très-considérable, et si le volume du foie est beaucoup augmenté, la compression du poumon à travers le diaphragme peut venir joindre son action aux causes qui rendent déjà la respiration laborieuse. Le *meilleur moyen* pour faire cesser cette congestion est, comme je l'ai dit à l'occasion des maladies du cœur, d'appliquer à l'anus des *sangsues* en nombre suffisant.

On voit, d'après le peu d'importance que j'at-

tache à cette lésion considérée comme maladie à part, qu'il serait inutile de discuter les diverses assertions des auteurs, et entre autres la division suivante, proposée par M. Kiernan. Cet auteur a distingué la congestion hépatique en *partielle* et *générale*, et la première de ces deux espèces en deux autres qui sont formées, l'une par la stase du sang dans les *veines hépatiques*, l'autre par la stase du sang dans la *veine-porte*. Ces distinctions n'ont évidemment pas d'intérêt actuel pour la pratique.

Apoplexie hépatique. L'apoplexie du foie a un peu plus d'importance, parce que nous possédons un certain nombre de faits dans lesquels elle s'est montrée comme maladie particulière. Toutefois, il faut le reconnaître, cette importance n'est pas encore très-grande pour nous, car dans les cas où l'apoplexie doit être admise, la mort a été subite ou si prompte qu'on n'a pas pu porter secours aux malades.

Parmi les faits d'apoplexie pulmonaire qui ont été cités, les plus remarquables sont dus à MM. Andral (*Cliniq. méd.*, t. II, 3e éd., p. 259); Honoré (*Communic. à l'Ac. de Méd.*), Robert (in *Mém.* de Brierre de Boismont, *Arch. gén. de Méd.*, 1re sér., t. XVI, 1828), Heyfelder (*Arch. gén.*, déc. 1839), et quelques autres. C'est à tort, ainsi que nous le verrons plus loin, qu'on a voulu réunir à ces faits, sous le nom d'*hémorrhagie hépatique*, une observation rapportée par M. Louis (*Rech. anat.-path.*, p. 376); ce cas ressemble, il est vrai, à quelques-uns des précédens par l'hémorrhagie qui s'est fait jour dans l'intestin, mais il en diffère par un point capital, puisqu'il y avait existence préalable d'une

hépatite et rupture très-probable d'un vaisseau dans un foyer purulent. C'est donc à l'article *Hépatite* qu'il faut le renvoyer.

Les faits que je viens de mentionner peuvent être divisés en trois espèces différentes : dans la *première*, nous trouvons une de ces hémorrhagies que l'on doit rapporter à une altération du sang, et qui ont été décrites sous le nom d'*hémorrhagies constitutionnelles*. Le cas rapporté par le docteur Bonorden (*Zeit. des Vereins medis. in Preuss.*, 1838), et celui que nous devons à M. Brierre de Boismont (*loc. cit.*) sont des exemples de cette espèce d'*apoplexie hépatique*. Les sujets de ces observations avaient non-seulement un épanchement de sang dans le foie, mais encore des infiltrations ou des foyers sanguins dans d'autres parties du corps. Dans le cas rapporté par M. Bonorden, ces épanchemens se trouvaient dans un grand nombre de points du tissu sous-cutané, et dans celui de M. Brierre de Boismont, des tumeurs sanguines occupaient, outre le foie, la rate, les glandes mammaires, la peau du ventre et des fesses, la substance cérébrale, le poumon, le pancréas, les reins et l'ovaire droit.

Dans la *seconde espèce*, il y a *rupture d'un vaisseau* dans le foie, et l'on peut rapprocher, en pareil cas, l'apoplexie hépatique de certaines apoplexies cérébrales. Le cas cité par M. Andral (*loc. cit.*) et celui que l'on doit à M. Heyfelder (*loc. cit.*) en sont des exemples.

Enfin, *dans d'autres cas*, on ne trouve ni dans l'état du sang, ni dans l'état de l'organe, de cause à laquelle on puisse assigner l'épanchement de sang.

M. Honoré a présenté à l'Académie de Médecine, il y a quelques années, un fait de ce genre.

Le plus souvent on ne peut reconnaître aucun *symptôme* à l'apoplexie hépatique, soit que les faits n'aient pas attiré suffisamment l'attention, soit que la mort ait été presque subite, soit enfin que, comme dans les cas où il y a en même temps plusieurs hémorrhagies intestinales, on ne puisse pas plus attribuer la production des phénomènes à l'apoplexie hépatique qu'aux apoplexies des autres organes et à l'altération du sang. Ce qu'il y a de plus général dans les faits cités plus haut, c'est un *malaise notable*, des *douleurs dans l'abdomen*, et parfois des *vomissemens*. Une *syncope* peut précéder la mort pendant un temps assez long, comme on l'a constaté dans le cas rapporté par M. Heyfelder.

A l'autopsie, on trouve dans le parenchyme du foie un ou plusieurs foyers assez semblables à ceux qui constituent l'apoplexie pulmonaire. Le sang, pris ordinairement en caillots noirs, peut être en partie liquide. Après son évacuation, il reste une excavation irrégulière dont les parois, formées par le tissu hépatique, sont infiltrées de sang et plus ou moins ramollies.

On voit, d'après ce qui précède, que nous n'aurions rien à ajouter de bien intéressant à cette courte description. Nous n'avons également que des données très-vagues sur le *traitement*. La *saignée*, l'application de *sangsues* sur la région hépatique et à l'anus, le *repos*, les *boissons froides*, la *diète*, et dans le cas où l'on peut soupçonner une altération du sang, les *boissons acides*, sont les

moyens qui paraissent le mieux indiqués. Voilà tout ce qu'il est permis de dire, en attendant que l'observation nous ait fourni des documens plus précis.

ARTICLE II.

HÉPATITE AIGUË.

L'hépatite est, malgré tous les travaux entrepris sur ce sujet, et malgré les recherches faites par les médecins qui ont exercé dans les pays chauds, une des affections les moins bien connues, ce qui tient évidemment au peu de soin que l'on a apporté dans l'observation. C'est à Hippocrate même qu'il faut faire remonter les premières indications de l'hépatite; mais dans ses ouvrages (*De Int. Aff.*, cap. XXX), ainsi que dans ceux de Galien et des médecins des siècles passés, l'inflammation aiguë est confondue avec l'inflammation chronique, et souvent même avec d'autres affections chroniques du foie, en sorte qu'il est très-difficile, sinon impossible, d'y distinguer suffisamment les cas particuliers. Les ouvrages qui ont eu le plus de réputation à la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, sont ceux de Girdlestone (*Essays on the Hepat. Lond.*; 1788), de Clarck, de Portal (*Observ. sur la nat. et le trait. des Mal. du Foie*; Paris, 1813), et de Saunders (*Obs. on Hepat. in India.* Lond., 1809). Enfin, dans ces dernières années, MM. Andral (*Clin. méd.*, 3e éd., t. II) et Louis (*Rech. anat.-path.*; *Abcès du foie*) nous offrent plusieurs observations intéressantes dont il sera particulièrement question dans cet article. Un bon nombre d'autres faits sont épars dans

les ouvrages anciens, tels que ceux de Schenk (*Obs.*, lib. III, sect. II), de Forestus (lib. XIX), de Fabrice de Hilden (cent. II), de Baillou (cent. I), de Lieutaud (*Hist. anat. méd.*, sect. VI), etc., et dans les divers recueils de médecine. Tous ces faits sont difficiles à réunir, parce que beaucoup d'entre eux sont dissemblables; cependant je chercherai à en indiquer les principaux.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

L'hépatite aiguë est l'inflammation du foie qui parcourt rapidement ses périodes. Cette maladie a été encore désignée sous les noms de *febris icterodes*, *febris hepatica*, *inflammation du foie*, *jecoris vomica*, *phlegmo*, *erysipelas hepatidis*, etc.

Sa *fréquence* est, suivant les auteurs, très-différente selon les lieux où l'on observe. C'est ainsi que, d'après l'opinion générale, elle est très-commune dans les pays chauds. Nous savons au contraire que, dans nos pays, c'est une affection assez rare. Nous allons voir à l'article des causes ce qu'il faut penser de la première de ces assertions.

§ II. — Causes.

Tout le monde convient que l'étiologie de l'hépatite en général et de l'hépatite aiguë en particulier est extrêmement incertaine. Les recherches sur ce point n'ont pas été faites d'une manière rigoureuse, et il n'est pas, on peut le dire, une seule des assertions des auteurs qui ne soit sujette à contestation.

1°. *Causes prédisposantes.*

On n'est nullement d'accord sur l'*âge* qui prédis-

pose particulièrement à l'inflammation du foie. Plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Girdlestone (*loc. cit.*), affirment qu'elle ne sévit que dans l'*âge adulte*, et cet auteur a noté que de vingt tambours du régiment sur lequel il observait, aucun n'a présenté la maladie : ces sujets n'avaient pas atteint l'âge de la puberté. D'autres, au contraire, ont regardé l'affection comme assez fréquente chez les *enfans*, pour en avoir fait une espèce particulière; c'est ce que nous trouvons dans l'ouvrage de Naumann (*Hand. der Med. clin.*, t. V). Cette dernière assertion ne me paraît pas fondée sur les faits. Ce qui a induit en erreur, c'est que, dans les maladies des enfans nouveau-nés, on observe la coïncidence d'une coloration jaune avec les maladies du tube digestif, et qu'il a suffi à quelques auteurs de trouver une simple congestion hépatique avec ramollissement pour croire à une inflammation du foie. Je reviendrai sur ce point à l'occasion de l'*ictère*. Dans les observations rapportées par MM. Andral et Louis, la plupart des sujets avaient de vingt à quarante ans. Il ne faut pas croire cependant, comme on l'a avancé, que la maladie soit très-rare après cet âge, car sur treize observations, je trouve que quatre sujets avaient atteint ou dépassé l'âge de cinquante ans.

Quant au *sexe*, nous n'avons pas de données bien positives sur son influence; cependant une grande quantité des faits qui ont été cités par les auteurs se rapporte au sexe masculin. Mais n'oublions pas que les observations ont été généralement prises dans des régimens. Dans celles que je viens d'indiquer, il se trouvait cinq femmes sur treize.

Nous n'avons également que des renseignemens très-peu précis sur l'influence de la *constitution.* Ce qui rend difficile l'appréciation de cette cause, c'est que, comme nous le verrons plus loin, l'inflammation du foie attaque fréquemment des sujets ayant déjà une autre maladie qui a pu détériorer la constitution.

Il était inévitable qu'on accusât le *tempérament bilieux* de produire l'inflammation du foie; mais cette assertion, qui remonte à Hippocrate, n'est pas appuyée sur des faits positifs; aussi quelques médecins ont-ils pu trouver dans le *tempérament sanguin* une cause prédisposante plus efficace.

Le *régime* est-il une cause bien évidente de maladies du foie? Tout le monde sait qu'on regarde l'*usage immodéré des boissons spiritueuses*, des *alimens excitans*, des *excès* de tout genre, comme la cause la plus puissante de l'hépatite dans les pays chauds; mais nous connaissons aussi un bon nombre de cas dans lesquels le régime le plus sévère n'a pas pu préserver de cette affection. Sans nier l'action de cette cause, reconnaissons donc qu'elle n'a pas été suffisamment appréciée.

L'*abus des purgatifs*, et en particulier du *calomel*, a été signalé comme comme une cause prédisposante aussi bien qu'excitante de l'inflammation du foie. Girdlestone se prononce formellement pour la fâcheuse influence du calomel, mais ce n'est de sa part qu'une simple assertion.

Les *passions tristes*, la *pléthore*, le *vice scrofuleux*, ont été également rangés parmi ces causes. Il en est de même du *vice arthritique*, et on a été jusqu'à dire que les enfans étaient principalement su-

jets à l'hépatite pendant la *période de la dentition.* Ce sont là des assertions sans preuves, de même que celle de Van Swieten, qui prétend que l'*abondance de la graisse dans l'épiploon* est une cause puissante d'hépatite, surtout s'il s'y joint un exercice trop violent.

Il n'est pas jusqu'à l'*hérédité* qui n'ait trouvé place dans cette liste, et P. Frank (*Epist.*, lib. II) se prononce formellement en faveur de cette opinion, combattue par d'autres auteurs, et qui n'est ni prouvée, ni même probable.

L'influence du *climat* et des *saisons* est celle qui tient la première place dans les ouvrages des auteurs, et principalement de ceux qui ont observé dans les pays chauds. C'est dans l'Inde, aux Antilles, au Sénégal que ces auteurs placent le théâtre principal de l'affection. Toutefois il est à ce sujet une remarque à faire et qui m'est inspirée particulièrement par l'ouvrage du docteur Annesley (*on Infl. of the Liver*, t. II, London). Suivant cet auteur, il suffit d'une simple congestion du foie pour caractériser l'hépatite, et cette maladie lui a paru évidente lorsqu'il a trouvé cet état de l'organe chez des sujets emportés par d'autres affections, et entre autres par la dysenterie. Mais, ainsi que nous le verrons plus loin, rien n'est moins admissible que cette manière de voir, dans laquelle on trouve la raison de cette proposition exagérée. Toutefois, quoique nous ne puissions pas arriver à une détermination précise de l'influence des climats chauds, nous devons citer comme probante, d'une manière générale, l'unanimité des auteurs sur ce point. M. le docteur Rufz, qui a observé à la Martinique, s'est convaincu qu'en effet les abcès

du foie sont fréquens aux Antilles, sans toutefois déterminer le degré de fréquence. D'un autre côté, il est vrai, P. Frank nous dit qu'il n'a pas observé plus souvent cette maladie dans les contrées méridionales de l'Europe que dans les contrées septentrionales. Mais on peut penser que la différence entre les climats n'est pas assez grande pour établir une différence marquée dans la fréquence de la maladie. Enfin, pour montrer combien les opinions sur ce point sont contradictoires, ajoutons que Irvine affirme que cette affection est très-fréquente en Sicile, tandis que Schœnlein l'a trouvée plus commune dans les pays humides. Il reste, comme on le voit, beaucoup à faire sur ce point d'étiologie.

Il en est de même relativement aux *saisons*. Ainsi, tandis que les uns affirment que la maladie est surtout fréquente dans les saisons chaudes, d'autres, d'après Hippocrate, en trouvent le plus haut degré de fréquence vers l'automne. On a été encore plus loin relativement aux influences que je viens d'indiquer. C'est ainsi que Hamilton Bell prétend que le séjour dans les climats chauds non-seulement prédispose à y contracter la maladie, mais encore laisse une prédisposition qui persiste après le retour en Europe. J'ajoute que dans les recherches de M. Louis il ne s'est pas offert un seul cas pendant les grandes chaleurs. Il est vrai que ces faits sont en très-petit nombre.

Il est une considération qui a été présentée, mais sur laquelle on n'a pas suffisamment insisté : c'est que l'inflammation aiguë du foie survient très-fréquemment *dans le cours d'autres affections*. Si l'on consulte en particulier les faits rapportés par MM. An-

dral et Louis, on voit que les sujets étaient atteints, lors de l'invasion de l'hépatite, de maladies intestinales et pulmonaires qui duraient depuis un temps plus ou moins long. Toutefois on ne saurait regarder l'hépatite, même dans ces cas, comme une simple lésion secondaire. Les circonstances dans lesquelles elles se produit ont toujours, en effet, quelque chose de particulier. Il faut dire aussi qu'on a fréquemment regardé comme de simples hépatites des abcès multiples du foie résultant de la *phlébite suppurative;* faits qui ne doivent pas nous occuper ici, parce que je les ai suffisamment indiqués ailleurs (*voyez* t. III, article *Phlébite*). C'est là la principale cause de l'erreur émise par un grand nombre d'auteurs qui ont regardé comme produisant l'inflammation du foie certaines affections de l'encéphale résultant des blessures du crâne.

Je ne pousse pas plus loin l'exposé de ces causes prédisposantes, parce que je n'aurais à consigner que des suppositions plus ou moins gratuites, et que ce que nous devons chercher avant tout, c'est la précision.

2°. *Causes occasionnelles.*

J'ai suffisamment parlé plus haut des *conditions atmosphériques;* je n'y reviendrai donc pas ici : je dirai seulement que l'effet d'un *soleil ardent*, regardé comme cause déterminante de l'hépatite, a servi de prétexte à quelques auteurs, et en particulier à Girdlestone, pour chercher à établir le consensus entre les maladies du cerveau et du foie, dont je parlais tout à l'heure. D'un autre côté, certains médecins ont, après Arétée, attribué le développement

de l'hépatite à l'*action du froid;* cette contradiction flagrante prouve combien nous sommes peu instruits sur ce point.

Les *blessures du foie,* qui constituent une espèce particulière d'hépatite (H. traumatique), sont une cause évidente, mais elles regardent la chirurgie. Il n'en est pas de même des contusions sur la région hépatique : lorsqu'elles déterminent une *rupture* de l'organe, elles rentrent, il est vrai, dans l'espèce précédente, mais quelquefois l'inflammation se développe à la suite d'une contusion simple; c'est ce qui a été observé dans un petit nombre de cas. Je ne citerai pas ici celui que rapporte M. Andral (*loc. cit.*, obs. XXVIII), parce qu'il s'agit d'une *hépatite chronique.*

J'ai déjà parlé de l'*abus des liqueurs fermentées*, sur lesquelles insiste principalement Annesley, et de l'*exercice violent.* Les *passions tristes* et les *passions violentes,* comme la *colère,* sont rangées parmi les causes excitantes; mais on s'est fondé principalement sur les cas d'ictère, ce qui est évidemment une faute, puisque, dans les cas de ce genre, on observe l'ictère simple et non l'hépatite.

Je ne ferai que citer la *suppression d'un flux diarrhéique* (Fréd. Hoffmann) ou de tout autre flux; l'*extirpation des hémorrhoïdes,* etc. Il est évident aujourd'hui qu'on a presque toujours attribué à ces suppressions et à ces opérations une affection du foie déjà existante.

Les *corps étrangers* introduits dans le foie à travers l'intestin peuvent produire l'hépatite, comme l'a observé Marchant (*voy.* Fourcroy, *Méd. écl. par les sc. phys.*, t. IV) qui en a cité un exemple; mais ce sont là des cas extrêmement rares.

J'ajoute, pour démontrer l'incertitude de cette étiologie, que, dans les observations que j'ai rassemblées, *on n'a point trouvé de cause occasionnelle appréciable.*

Reste une dernière question : les *maladies gastro-intestinales*, et en particulier l'inflammation, peuvent-elles, en se propageant au foie, déterminer l'hépatite ? C'est là une opinion qui a été soutenue dans ces dernières années par les médecins de l'école physiologique; mais elle tombe devant les faits, car on n'a trouvé ni dans l'estomac ni dans l'intestin aucune lésion qui ait un rapport direct avec l'inflammation du foie. Le duodénum en particulier, sur l'inflammation duquel M. Cas. Broussais avait spécialement attiré l'attention, a été toujours examiné avec soin par M. Louis, qui l'a constamment trouvé à l'état sain. Il n'est pas douteux, il est vrai, que l'inflammation du foie ne se soit assez souvent montrée dans le cours des inflammations gastro-intestinales, mais nous avons vu qu'il en était de même pour les affections du poumon, et par conséquent il n'y a là rien de propre aux maladies de l'intestin.

On a cité comme démontrée l'existence de véritables *épidémies* d'hépatite; mais si l'on jette un coup d'œil sur les principaux auteurs, on voit bientôt que ces prétendues épidémies ne sont autre chose qu'une certaine augmentation dans la fréquence de l'affection, ou de simples épidémies d'ictère. L'existence de la *contagion* signalée par J. Frank (*Prax. Med.*, pars III, vol. II, sectio II, *de Hepatitide*) est encore moins admissible, puisque cet auteur, pour l'établir, n'a trouvé rien de mieux que de citer l'inflammation du foie dans la peste et dans le typhus.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de l'hépatite aiguë sont très-difficiles à tracer d'une manière précise, ce qui tient aux complications et au mélange fréquent des phénomènes primitifs et des phénomènes secondaires. Je vais tâcher, à l'aide des observations, de démêler ce qui appartient en propre à l'inflammation du foie.

Faut-il, dans la description des symptômes, suivre une des divisions qui ont été proposées par les auteurs? Nous savons que les anciens, sous les noms d'*érysipèle* et de *phlegmon du foie*, distinguaient l'inflammation des parties superficielles de celle des parties profondes; mais lorsqu'on a voulu chercher dans l'anatomie pathologique l'existence de cette division, on a vu que la péritonite partielle en avait imposé pour une inflammation de l'organe lui-même. Cependant Naumann (*loc. cit.*) a cru devoir conserver cette distinction; mais nous ne pouvons pas plus l'admettre que nous n'avons admis comme inflammation superficielle du poumon la pleurésie, qui se joint si souvent à la pneumonie. Le même auteur distingue ensuite l'hépatite : en *inflammation de la partie convexe*, *inflammation de la partie inférieure*, *inflammation du centre*, *inflammation du lobe gauche*, et enfin, comme je l'ai dit plus haut, il décrit l'*hépatite des enfans*. La division d'Annesley se rapproche de la précédente, sauf qu'il ne traite pas de la dernière espèce. Quant aux divisions des autres auteurs, elles n'ont pas une valeur bien grande, et pour le prouver il me suffit d'indiquer celle de Jos. Frank, qui veut qu'on décrive séparé-

ment les hépatites : *traumatique*, *causée par un calcul*, *rhumatique et catarrhale*, *inflammatoire*, *nerveuse*, *gastrique* et *intermittente*. Cette division, fondée soit sur certaines causes, soit sur des symptômes accidentels, soit sur de simples hypothèses, n'a point de valeur réelle. Il me suffira de mentionner plus loin quelques-unes des circonstances qui viennent d'être indiquées.

En définitive, je pense que dans l'état actuel de la science, on ne peut faire autrement que de décrire les symptômes de l'hépatite aiguë en général, et de réserver l'examen des assertions des auteurs, relativement à l'hépatite partielle, pour quelques considérations ultérieures.

Début. Il est très-difficile de reconnaître dans les symptômes du début ce qui appartient en propre à l'hépatite, parce que, comme nous l'avons dit plus haut, cette affection survient dans le cours d'autres maladies plus ou moins intenses. Cependant, dans quelques-unes des observations de M. Louis (I, II et IV) on trouve des phénomènes qui se rapportent évidemment au début de l'affection hépatique. Chez deux malades, en effet, qui avaient l'un une bronchite intense, l'autre des phénomènes gastriques durant depuis longtemps, il survint un *frisson* notable, suivi chez l'un d'eux d'*autres frissons* qui se reproduisaient tous les soirs, et chez tous les deux d'une *chaleur* plus ou moins vive. Chez le troisième, la chaleur exista seule avec un mouvement fébrile assez marqué. Ce qui prouve que ces symptômes étaient liés à l'apparition de l'hépatite, c'est qu'en même temps, ou très-peu de temps après, survinrent la douleur de l'hypochondre droit et l'ictère,

symptômes qui, comme nous le verrons plus loin, sont, lorsqu'ils existent ensemble, les plus propres à caractériser cette maladie.

Il est plus que probable que lorsque l'inflammation du foie se manifeste avec un degré d'acuité marqué, des signes de ce genre doivent se montrer très-fréquemment; mais on est appelé souvent trop tard pour les constater, les malades donnent des renseignemens insuffisans, et d'ailleurs la maladie peut se développer dans le cours d'une autre affection fébrile : autant de causes qui empêchent qu'on puisse facilement les reconnaître. Cependant il n'est pas douteux que l'inflammation du foie peut débuter simplement par des symptômes locaux, et c'est ce qu'on a observé principalement lorsque l'hépatite est le résultat d'une contusion. Sous ce rapport donc, cette maladie ne diffère pas des autres affections inflammatoires, et notamment de la pneumonie.

En même temps que ces symptômes du début ont lieu, on note des symptômes gastriques qui peuvent dépendre uniquement de l'hépatite, comme le prouve une observation citée par M. Andral (obs. XXIV). Le sujet fut en effet pris tout à coup des signes d'une violente indigestion, bientôt suivie des phénomènes qui caractérisent l'inflammation du foie. Dans la première observation de M. Louis, nous voyons également des troubles digestifs apparaître en même temps que les frissons qui annonçaient l'hépatite. Ces troubles digestifs consistent dans l'*anorexie* poussée parfois jusqu'au dégoût pour les alimens, et souvent dans une *soif vive*. Nous allons, au reste, retrouver ces symptômes dans la description suivante.

Symptômes. Une *douleur* plus ou moins vive se montre dans la région du foie. Elle se fait moins souvent sentir à la *pression* que d'une manière *spontanée*, ce qui tient probablement à ce que la pression ne peut pas être exercée d'une manière convenable, vu la profondeur où se trouve la lésion. Lorsque la *douleur à la pression* existe, elle est presque toujours précédée d'une *douleur spontanée;* dans un cas cependant cité par M. Louis, celle-ci a manqué complétement, tandis que la première était notable. Dans un autre, dont je dois la communication à M. Fauvel, il n'existait qu'une simple *gêne* dans l'hypochondre droit.

Quoique la douleur, comme je l'ai dit, se montre ordinairement, on la voit cependant manquer complétement dans un nombre assez notable d'observations. C'est ainsi que sur quinze cas empruntés à Portal et à MM. Andral, Louis et Fauvel, *la douleur a été nulle* cinq fois. Si donc nous cherchons à apprécier ce symptôme, nous voyons que seul il n'a pas une valeur absolue, mais que cependant il doit être pris en grande considération, et que, rapproché d'autres phénomènes que nous indiquerons plus tard, il doit nécessairement acquérir une grande importance.

Parfois la douleur est *très-vive*, mais le plus souvent elle n'a qu'une médiocre intensité, et il est rare qu'on observe de véritables *élancemens.* M. Bonnet (*Tr. des Mal. du Foie,* 1841) a cherché à distinguer quelle est la douleur qui appartient en propre à l'hépatite. Pour lui, c'est seulement la douleur sourde, profonde, tandis qu'une douleur aiguë, pongitive, lancinante, appartient exclusivement à

l'inflammation du péritoine hépatique; mais lorsqu'on examine les faits, on ne peut admettre cette explication, car dans cinq des observations que j'ai rassemblées, et dans lesquelles il y avait absence de toute lésion de la séreuse, une véritable douleur aiguë existait dans l'hypochondre droit, et dans trois elle était vive, avec un caractère lancinant. L'observation de M. Bonnet n'est donc juste que pour un certain nombre de cas, et il a eu tort de la généraliser.

Dans les observations, le *siége de la douleur* est généralement placé à l'hypochondre droit sans plus de précision. Dans un cas observé par M. Louis, elle était aiguë et fixée au-dessous de la région mammaire; mais dans le plus grand nombre elle occupait une plus ou moins grande étendue, correspondant aux fausses côtes droites. La douleur n'est pas toujours fixée tout d'abord à l'hypochondre; c'est ainsi qu'on la voit occuper une partie de la poitrine et l'épigastre avant de se concentrer dans la région du foie. On a dit et répété souvent qu'un des caractères de la douleur produite par l'hépatite était de *s'irradier vers le cou et l'épaule droite;* mais il résulte des faits qu'on a, ainsi que l'avait déjà remarqué M. Louis, pris l'exception pour la règle. N'oublions pas d'ailleurs qu'une affection aiguë de la plèvre peut, comme j'en citerai des exemples, se joindre à la maladie du foie, et expliquer, dans quelques cas, l'existence de la *douleur de l'épaule.* Dans aucune des observations que j'ai mentionnées plus haut, et où ce symptôme a été recherché avec soin, la douleur ne s'est irradiée dans cette partie. Ce fait seul suffit pour montrer la vérité de ma proposition,

L'augmentation de volume du foie donne assez souvent lieu à des signes particuliers, mais qui sont loin d'être constans, puisque sur douze observations que j'ai rassemblées, cinq fois à l'autopsie on a trouvé le volume du foie parfaitement normal, ce qui est complétement en contradiction avec les assertions de M. Piorry (*Tr. de Diagn.*, etc.; 1840, t. II, p. 250). Suivant cet auteur, en effet, l'augmentation de volume du foie serait un des signes caractéristiques de l'hépatite; mais il a confondu l'inflammation avec la simple congestion, et cette grave erreur ôte toute valeur à son assertion. A peine donc est-il nécessaire de dire que, suivant lui, la hauteur du foie atteint sous l'aisselle jusqu'à 15 et 22 centimètres. Cette proposition, dans laquelle l'augmentation de volume de l'organe est très-exagérée, n'est, je le répète, exacte que pour un nombre de cas qui ne s'élève qu'à une faible majorité.

Lorsque le volume du foie est augmenté, il y a une *tension* plus ou moins notable dans l'hypochondre. On sent une certaine *résistance* sous les fausses côtes droites et à l'épigastre, et si l'organe est très-volumineux, on trouve, en *palpant* l'abdomen, son *bord inférieur descendu* à trois, quatre, six centimètres au-dessous des fausses côtes, et même plus.

On peut, à l'aide de la *percussion*, constater d'une manière plus précise le développement du foie. Ce moyen d'exploration permet, en effet, de reconnaître si l'organe s'est élevé plus ou moins au-dessus de la huitième côte, qui est la limite ordinaire. Mais nous avons vu plus haut dans quelles erreurs on peut tomber si on ne distingue pas avec

soin les divers cas. La *palpation* seule est suffisante pour reconnaître le développement du foie du côté de l'abdomen.

Nous devons maintenant nous occuper de l'*ictère*, phénomène important qui, joint à la douleur, sert, suivant l'opinion de M. Louis, à caractériser mieux que tout autre l'inflammation du foie. Sur treize observations que j'ai rassemblées, cinq seulement disent qu'il n'y avait pas d'ictère, et dans deux d'entre elles il n'y avait ni l'un ni l'autre des deux symptômes en question. Ces deux derniers cas doivent être regardés comme des exemples d'*hépatite latente*, et l'un d'eux surtout, dans lequel le volume du foie était resté normal. Dans sept cas, c'est-à-dire dans un peu plus de la moitié, la douleur et l'ictère se sont trouvés réunis ; aussi n'y a-t-il pas eu d'hésitation dans le diagnostic. Dans quatre, l'ictère a existé sans douleur, et dans trois, au contraire, la douleur s'est montrée en l'absence de l'ictère. On voit que si, comme la douleur, ce dernier symptôme a une importance marquée dans l'histoire de l'hépatite, il n'a pas isolément une valeur plus grande, et qu'on ne trouve pas de phénomène constant dans cette affection. Je reviendrai sur l'appréciation de ces signes à l'occasion du diagnostic.

J'ajoute seulement ici qu'après avoir cherché, dans les faits, si l'ictère correspondait plus fréquemment aux lésions de la face inférieure du foie qu'à celles du centre et de la face convexe, j'ai trouvé qu'il n'en était rien, car deux fois seulement les abcès étaient très-rapprochés de cette face inférieure, tandis que dans tous les autres cas où l'ictère existait,

ils occupaient le centre, ou la face convexe, ou ces deux points à la fois.

Nous avons vu que le début était presque toujours marqué par des symptômes ayant leur siége dans les *voies gastro-intestinales*, alors même que celles-ci ne présentaient aucune altération antérieure. Pendant le cours de la maladie, ces symptômes persistent. L'*appétit* reste constamment nul; on a noté, dans un assez bon nombre de cas, la *bouche pâteuse*, mais non l'amertume qui a été signalée par un assez bon nombre d'auteurs. La *soif* est presque toujours vive; la *langue*, ordinairement molle, blanchâtre, couverte d'un léger enduit, présente parfois une rougeur vive au pourtour et un pointillé rouge au centre. Elle ne devient sèche et brune que vers la fin de la maladie, lorsqu'il est survenu des symptômes adynamiques. Dans plusieurs cas, on note des *nausées*, parfois même des *vomissemens bilieux* plus ou moins fréquens; mais presque toujours alors on trouve dans l'estomac des lésions qui rendent suffisamment compte du symptôme.

J'ai dit plus haut que quelquefois on notait une *douleur assez vive à l'épigastre;* lorsque le lobe gauche du foie est enflammé, on peut attribuer ce phénomène à sa lésion; mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans quelques cas, l'inflammation seule de l'estomac a pu expliquer son existence.

Du côté *de l'intestin*, on trouve des phénomènes variables. Dans les observations que j'ai rassemblées, le *dévoiement* s'est montré aussi souvent que la *constipation*. Parfois on voit celle-ci exister d'abord, puis le dévoiement survenir à mesure que la maladie fait des progrès. D'autres fois, au con-

traire, une constipation opiniâtre succède à une diarrhée d'assez longue durée, et enfin, dans quelques cas rares, il y a des *alternatives* de dévoiement et de constipation, tandis que chez d'autres sujets, comme MM. Andral et Fauvel en ont cité des exemples, *la défécation reste normale.*

La *matière des selles* diffère suivant qu'il y a diarrhée ou constipation. Dans ce dernier cas, elle est ordinairement décolorée, et, dans le premier, le liquide rendu est fréquemment comme de l'eau colorée en jaune. Quelques sujets ont des *selles sanguinolentes* ou *sanglantes*, ce qui tient à des causes différentes. Le plus souvent on trouve en pareil cas des ulcères intestinaux dus à une autre maladie, et principalement à la phthisie, ulcères qui ont été la source du sang trouvé dans les selles; mais il peut arriver, et M. Louis (obs. III) en a cité un exemple bien remarquable, que le sang vienne du foie lui-même. Chez le sujet de cette observation, il y eut, à deux époques de la maladie, des selles composées de sang et moulées comme des matières fécales, et à l'autopsie on trouva profondément, à droite du ligament suspenseur, et immédiatement au-dessus des vaisseaux qui pénètrent dans le sillon transverse, un caillot fibrineux de sang noir disposé par couches concentriques. M. Louis n'hésite pas à regarder la perforation d'un vaisseau sanguin, que cependant il n'a pu constater d'une manière rigoureuse, comme la source de l'hémorrhagie, et l'on ne peut s'empêcher de se ranger à sa manière de voir.

Enfin, à une époque avancée, les selles deviennent parfois complétement *purulentes.* Il y a alors

communication de l'abcès avec le colon par suite d'une perforation. C'est ce qu'on observa dans le cas que je viens de citer; car, après les selles sanglantes, le malade eut des déjections alvines presque entièrement formées de pus.

Du côté de la *respiration*, on remarque assez souvent des symptômes importans dont il faut chercher à apprécier la valeur. On a dit, en effet, et répété, surtout dans ces derniers temps, que, dans l'hépatite, la respiration est gênée, et que, par suite, le *décubitus* peut présenter quelque chose de particulier. Ces phénomènes une fois admis, on les a attribués, d'une part, à la compression du poumon, causée par le développement du foie, et, de l'autre, à la douleur augmentée par l'abaissement du diaphragme.

Relativement à la première explication, je pourrais me borner à rappeler qu'un développement du foie assez considérable pour produire une gêne de la respiration est un fait rare dans l'hépatite aiguë; mais il vaut mieux examiner les faits. Parmi les treize observations que j'ai rassemblées, il n'en est que neuf dans lesquelles l'état de la respiration ait été mentionné. Une seule fois, sur ces neuf cas, il n'y eut aucune lésion étrangère au foie, et la respiration resta normale jusqu'à la fin. Dans trois autres cas, la respiration ne fut nullement troublée dans les premiers temps de la maladie; mais à une époque plus ou moins éloignée, il se manifesta une oppression considérable. Or l'observation fit connaître d'une manière précise la cause de ce symptôme; car, chez l'un des trois sujets, il survint une pneumonie; chez un autre des abcès avec infiltration du pharynx

et de la partie supérieure du larynx se produisirent; et chez le troisième, dont l'observation a été recueillie par M. Fauvel, une suffocation considérable se manifesta au moment où il se fit une large communication entre le foyer purulent et plusieurs veines sushépatiques par l'intermédiaire desquelles le pus pénétra dans la veine cave. Enfin, chez tous les autres sujets, une bronchite intense, une pneumonie ou une pleurésie, rendaient parfaitement compte des troubles respiratoires.

On peut donc dire, d'une manière générale, que les troubles de la respiration ne sont pas des symptômes qui appartiennent en propre à l'hépatite aiguë. Cependant on conçoit très-bien que si une inflammation du péritoine de la face convexe du foie se joignait à celle du parenchyme même, si la douleur était très-vive, si enfin, dans quelques cas exceptionnels, le volume de l'organe devenait très-considérable, la respiration pourrait se trouver gênée; mais les faits précédens prouvent que ce ne sont pas là les cas ordinaires.

Maintenant voyons si l'on peut rapprocher de ce qui précède le *décubitus* des malades. Suivant la plupart des auteurs, le décubitus est difficile et souvent même *impossible sur le côté gauche;* les malades demandent qu'on élève leur tête, et ils changent rarement de position. Mais si l'on recherche dans les observations la valeur de ces assertions, on voit que toute appréciation est impossible. Parmi les faits que j'ai rassemblés, il n'en est que deux, rapportés par M. Louis, qui fassent mention du décubitus, et dans l'un il avait lieu à gauche, la tête étant notablement élevée, tandis que dans l'autre il avait lieu

à droite, la tête basse. On voit qu'on ne peut rien conclure d'un si petit nombre de faits, et l'on doit s'étonner de l'affirmation des auteurs sur un point que l'observation n'a pas suffisamment éclairé.

On a cité encore, comme appartenant à l'inflammation du foie, un *hoquet* plus ou moins fréquent; mais ce symptôme ne s'est évidemment montré que dans quelques cas rares.

L'*état des urines* mérite d'être mentionné, à cause de ses rapports bien connus avec l'ictère; malheureusement il est bien loin d'être toujours constaté dans les observations. Cependant on admet généralement que les urines ont une couleur rougeâtre, foncée ou bien orangée, en un mot qu'elles sont telles qu'on les observe dans l'ictère; mais le fait n'est pas constant. Dans un cas, en effet, les urines sont restées normales, et dans plusieurs autres leur état n'est pas indiqué, peut-être parce qu'elles ne présentaient rien de particulier. Ce qu'il importe de noter, c'est que, dans les cas où les urines avaient l'*aspect bilieux*, il existait constamment une ictère.

Dans tous les cas, il se manifeste des *symptômes généraux* plus ou moins intenses. J'ai signalé plus haut ceux qui servent à caractériser le début; on les voit ensuite persister à un plus ou moins haut degré.

Le *pouls*, d'abord développé, fréquent, pouvant s'élever jusqu'à 144 pulsations, comme dans la seconde observation de M. Louis, et conservant sa régularité, perd ensuite ordinairement une grande partie de sa fréquence, et devient faible, petit, misérable vers la fin de la maladie. Parfois aussi il prend une *irrégularité* marquée.

On observe en outre de l'*agitation*, principalement la nuit, et, dans les derniers momens, de la *somnolence*, puis du *délire*, un grand *affaissement*, et enfin un état que la plupart des auteurs ont désigné sous le nom d'*adynamique*. Dans quelques cas rares, cependant, les sujets succombent épuisés, mais sans présenter les phénomènes qui viennent d'être indiqués, et les facultés intellectuelles peuvent se conserver intactes jusqu'au dernier moment. Les *vertiges*, les *étourdissemens*, ne se montrent pas ordinairement dans l'hépatite. Il n'en est pas de même de la céphalalgie, qui a été notée dans trois des cas cités par M. Louis. Ce symptôme, du reste, est très-variable quant à l'intensité.

Je devrais maintenant parler des symptômes qui se manifestent lorsqu'un *abcès considérable* résultant d'une hépatite aiguë tend à se faire jour au dehors, et peut être diagnostiqué. Ces abcès, en effet, sont la conséquence immédiate de l'hépatite, ou plutôt ils font partie intégrante de cette affection. Sous le rapport pathologique, il n'y aurait donc pas à hésiter; mais il n'en est plus ainsi quand on envisage la question sous le point de vue pratique. Les abcès du foie, accessibles à nos moyens d'investigation, peuvent être la conséquence de l'hépatite chronique aussi bien que de l'hépatite aiguë; en outre, une fois formés, ils ont une importance telle, qu'il faut nécessairement les étudier comme constituant une maladie particulière. Je dois par conséquent leur consacrer un article spécial.

Mais il est quelques *accidens* qui sont la conséquence de l'hépatite, et que je ne peux m'empêcher de signaler. Nous avons vu plus haut qu'un abcès du

foie avait *pénétré jusque dans la veine cave*, par l'intermédiaire des veines sushépatiques. La suffocation extrême en fut la conséquence immédiate. M. Piorry (*Tr. du Diagn.*) a vu l'abcès s'ouvrir directement dans la veine cave.

On a cité des cas où le foyer purulent s'est vidé dans les intestins, et j'ai fait connaître à ce sujet le fait remarquable rapporté par M. Louis : c'est l'état sanglant ou purulent des selles, des *coliques*, et surtout l'apparition rapide de ces symptômes coïncidant avec un soulagement du côté de la région hépatique, qui font reconnaître l'accident. Dans quelques cas, l'abcès s'est ouvert dans le péritoine même. Alors survient une *péritonite suraiguë*, dont il sera question dans un des articles suivans.

Enfin on a vu des abcès du foie se faire jour, à travers le diaphragme, dans la plèvre et les poumons. Le vomissement de pus succédant aux phénomènes précédemment décrits, ou bien la pleurésie suraiguë, sont les symptômes de cette rupture.

Variétés de l'hépatite. J'ai mentionné plus haut les divisions proposées par les auteurs. Il s'agit maintenant de rechercher s'il y a, dans les espèces admises, quelques particularités importantes et surtout bien constatées.

Suivant le siége, on a, ai-je dit, décrit d'abord une *hépatite de la face convexe du foie.* Voici les signes qui, suivant Naumann (*loc. cit.*), la feraient reconnaître : douleur aiguë, lancinante, se propageant au cou et à l'épaule, augmentée par la pression. Tension notable de l'hypochondre; dyspnée, oppression, toux sèche ou avec expectoration muqueuse. Évacuations alvines irrégulières et variables;

ictère rare. Si, au lieu d'accepter sans contrôle les opinions des auteurs, on examine les faits, on est bientôt convaincu que cette description n'a pas été tracée d'après l'analyse des observations. Ce que j'ai dit plus haut à propos de l'ictère, des troubles de la respiration et de la douleur, le prouve surabondamment.

Les symptômes assignés à l'*hépatite de la face inférieure* sont les suivans : troubles digestifs, se rapprochant beaucoup de ceux qu'on a décrits sous le nom d'*embarras gastrique,* avec vomissement de bile et diarrhée bilieuse. Auxiété épigastrique; douleur moins vive, occupant principalement l'épigastre, ou s'irradiant vers l'abdomen et la cuisse droite; ictère presque constant. N'est-il pas évident qu'on a oublié de tenir compte, dans cette description, des lésions gastro-intestinales que j'ai signalées? Je me contente de cette remarque, renvoyant pour plus de détails à l'analyse des observations, malheureusement peu nombreuses, que j'ai présentées dans le cours de cet article.

L'*hépatite du centre* est, de l'aveu même des auteurs qui ont voulu lui assigner des caractères particuliers, très-difficile à distinguer. Ces caractères sont, en effet, complétement négatifs, ou semblables à ceux de l'espèce précédente. Il suffit donc de remarquer que, d'après l'opinion dont il s'agit, l'*hépatite centrale* constituerait plus fréquemment que les autres l'*inflammation latènte* déjà mentionnée, et dont je parlerai encore.

Quant à l'*hépatite des enfans*, j'ai déjà dit quelles sont les raisons qui portent à révoquer en doute son existence comme espèce distincte. J'ajoute que

je n'ai jamais observé l'inflammation du foie chez le nouveau-né; que Billard (*Tr. des Mal. des Enf.*, 2e édit., p. 439) nous apprend qu'il ne l'a pas rencontrée davantage chez les enfans à la mamelle; et que MM. Rilliet et Barthez (*Tr. des Mal. des Enf.*, t. Ier, article *Hépatite*) n'en indiquent que six observations sur des enfans approchant de l'âge de cinq ans, et qui n'ont présenté rien de particulier sous le rapport des symptômes. Cela suffit pour qu'on soit en droit de révoquer en doute l'exactitude de la description, d'ailleurs fort vague, des auteurs tels que Naumann (*loc. cit.*), Reusch et Henke.

J'ai déjà dit, à propos de la division de J. Frank, que les espèces qu'il distingue ne sont pas admissibles.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est ordinairement continue et rapide. Les symptômes atteignent promptement leur plus haut degré d'intensité. Cependant il faut noter les frissons revenant le soir, et qui donnent à l'affection une certaine physionomie de maladie intermittente. Ils ont été remarquables non-seulement dans le fait de M. Louis cité plus haut, mais encore dans une des observations que m'a communiquées M. Fauvel.

Dans les cas les plus ordinaires, la *durée* ne dépasse pas trois semaines : cependant, plusieurs abcès pouvant se former successivement, on voit quelquefois la maladie durer plus d'un mois et six semaines. On reconnaît qu'elle a conservé son caractère d'affection aiguë à l'état de la fausse membrane qui entoure les abcès, et surtout à la coloration rouge avec ramollissement considérable du tissu environnant.

L'hépatite peut-elle *se terminer* par la guérison? C'est ce qui n'est pas douteux pour M. Mérat, même lorsqu'il s'agit de l'hépatite avec suppuration (*Dict. des Sc. méd.; Mal. du Foie*). Ce médecin regarde comme des cicatrices d'abcès des productions fibreuses à forme stellaire qu'on a quelquefois rencontrées dans le tissu hépatique. Mais, d'un autre côté, voici comment M. Louis (*loc. cit.*, p. 408) s'exprime à ce sujet : « Un fait bien remarquable, dit-il, et qui semble indiquer dans les abcès du foie une affection extrêmement grave et qui ne guérit pas, c'est qu'on ne rencontre pas de cicatrices dans cet organe. Quelque attention que nous ayons mise dans nos recherches, nous n'avons rien trouvé de semblable : à la vérité, on a quelquefois vu, dans l'intérieur du foie, des productions fibreuses, et M. Mérat, dans un Mémoire fort intéressant sur l'hépatite, inséré dans le *Dictionnaire des Sciences médicales*, dit que parfois ces productions ont une forme stellaire, et pourraient être regardées comme des cicatrices; mais on sent que, pour admettre cette interprétation, il faudrait avoir vu les cicatrices du foie dans toutes leurs périodes, depuis le moment où elles commenceraient à se former, contenant encore une certaine quantité de pus entre leurs extrémités, jusqu'à celui où elles seraient complètes et plus ou moins denses : ce qui n'a pas été fait.

« Nous ajouterons à ces remarques que les abcès du foie étant ordinairement en grand nombre, on ne devrait considérer les productions fibreuses ou cartilagineuses qu'on y trouverait comme le produit de quelque cicatrice, qu'autant qu'elles ne seraient pas uniques. »

Ce qui confirme cette opinion de M. Louis, c'est que presque toutes les fois que, pendant la vie, on a pu constater l'existence d'une hépatite très-intense, et qu'on a pu supposer la formation d'un abcès, la terminaison a été fatale. Cependant il est des cas où la perforation d'un organe creux, comme l'intestin, les bronches, etc., ayant permis aux abcès du foie de se vider au dehors, la guérison a eu lieu. On ne peut pas douter de l'existence de l'hépatite dans des cas semblables ; mais ce n'est pas sur eux qu'on a étudié les cicatrices. La remarque précédente subsiste donc. Quant à la terminaison heureuse par suite de rupture des abcès, j'en parlerai en détail dans un des articles suivans.

Restent donc les cas où l'inflammation ne produit que le gonflement et le ramollissement probable de l'organe. Ces cas sont guérissables; j'en dirai quelques mots à l'article *Pronostic*.

§ V. — Lésions anatomiques.

D'après un bon nombre d'auteurs, une congestion notable du foie et un certain degré de ramollissement suffiraient pour caractériser anatomiquement l'hépatite ; mais cette opinion n'est appuyée sur aucune preuve solide. Nous savons que la congestion du foie est en général l'effet d'une simple stase du sang, et, d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer M. Louis, le ramollissement des divers organes se montre dans des cas où l'inflammation ne saurait être admise. Sans doute, si le gonflement, une rougeur notable, un ramollissement considérable se trouvaient chez un sujet qui aurait présenté pendant la vie les symptômes indiqués plus haut, on

ne devrait pas hésiter à voir là les lésions anatomiques de l'inflammation du foie; mais les faits de ce genre ne se trouvent nulle part. Dans l'état actuel de la science, on ne peut admettre, comme caractérisant rigoureusement l'hépatite, d'autre lésion que la suppuration du foie. Je me contenterai donc de donner une description rapide de l'hépatite avec suppuration.

Ce sont d'abord des plaques plus ou moins étendues, d'une couleur jaune ou jaune verdâtre, siégeant à une plus ou moins grande profondeur, souvent visibles au-dessous des membranes, et qui, quand on les incise, laissent voir une étendue plus ou moins considérable du foie occupée par une infiltration purulente, compacte, au milieu de laquelle on peut trouver déjà un ou plusieurs points liquides qui annoncent la réunion du pus en foyers.

Ensuite on trouve des abcès véritables, d'une grosseur très-diverse, puisqu'il y en a comme un pois, comme une noisette, ou bien comme un œuf de poule, et de plus volumineux encore. Ces abcès sont surtout remarquables par la fausse membrane qui les entoure. Cette fausse membrane, d'aspect albumineux, ordinairement mince et molle, présente, du côté du foie, des prolongemens, des filamens faciles à rompre, et qui constituent des adhérences légères. A l'intérieur du foyer, on observe souvent une disposition qui a été décrite avec soin par M. Louis : c'est l'existence de petits prolongemens semblables à des commencemens de cloison, et qui indiquent que l'abcès est formé par la réunion d'autres abcès plus petits. Ce qui tend encore à confirmer cette opinion, c'est que les abcès les

moins volumineux, ceux qui ne sont pas plus gros qu'un pois, ont déjà une fausse membrane, et qu'on trouve souvent un certain nombre de ces petits abcès très-voisins l'un de l'autre, de manière qu'au moindre développement ils doivent se réunir par la rupture de leurs fausses membranes très-peu consistantes. Dans quelques cas rares, il n'y a point de fausse membrane, et le tissu du foie ramolli forme seul les parois de l'abcès.

Le pus contenu dans ces cavités est ordinairement jaune ou d'un jaune verdâtre, épais, sans odeur particulière, en un mot de bonne qualité. Quelquefois, cependant, on l'a trouvé sanieux et nauséabond.

M. Andral a vu un cas dans lequel les parois du foyer purulent étaient extrêmement ramollies, réduites en putrilage verdâtre et exhalant une odeur gangréneuse. Les cas de ce genre sont rares, et si l'on en juge par ce fait, il est impossible de reconnaître pendant la vie la *gangrène du foie*.

Quant au siége des abcès, nous avons vu qu'il occupait principalement les points rapprochés de la face convexe, et qu'ensuite on le trouvait plus souvent au centre de l'organe.

Enfin la rougeur, le ramollissement du parenchyme entourant les abcès, des adhérences récentes du péritoine hépatique avec le péritoine du diaphragme et des parois abdominales, le développement ordinairement limité de l'organe, les diverses perforations communiquant dans le colon, le péritoine, les veines, les plèvres, les poumons, les lésions qui en sont la suite, et que je ne dois pas présenter ici, complètent le tableau de ces lésions anatomiques graves.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Tout le monde convient que le diagnostic de l'hépatite aiguë présente fréquemment de grandes difficultés. Nous en avons trouvé la raison dans les complications et surtout dans le peu de constance des symptômes, considérés isolément. Voyons maintenant comment on peut surmonter ces difficultés, et pour cela commençons par rechercher les principaux caractères de l'hépatite.

Ni l'ictère, ni la douleur, ne peuvent isolément caractériser cette affection; c'est ce que M. Louis a établi (*loc. cit.*) d'après l'examen de ses observations; mais si, en l'absence de toute autre affection aiguë, ces deux symptômes sont réunis, si la douleur est constante et notable, on a déjà bien des raisons d'admettre l'existence de l'hépatite, et tous les doutes sont levés s'il y a eu une invasion fébrile, si les frissons se sont renouvelés, si la fièvre persiste dans le cours de la maladie, si le foie devient volumineux, ou seulement s'il y a une tension notable de l'hypochondre.

Les affections avec lesquelles on pourrait confondre l'hépatite aiguë sont d'abord celles qui ont leur siége dans le côté droit de la poitrine. La *pneumonie aiguë* se distingue par l'absence de l'ictère, par le siége plus élevé de la douleur, par les phénomènes stéthoscopiques, et par les symptômes locaux (oppression; toux; expectoration). Cette affection isolée ne peut plus être confondue aujourd'hui avec l'hépatite; quand les deux sont réunies, le diagnostic est plus difficile; cependant leurs symptômes sont encore assez distincts pour qu'on puisse, avec un

peu d'attention, constater non-seulement leur existence, mais encore le moment de leur apparition, comme on le voit dans plusieurs des observations de MM. Louis et Andral.

La distinction entre l'hépatite et la *pleurésie aiguë* offre des difficultés plus grandes. Dans cette dernière affection, le foie peut être repoussé en bas et la douleur avoir son siége dans un point voisin de l'hypochondre droit. Mais l'ictère manque, la toux et l'oppression qui, ainsi que nous l'avons vu, n'appartiennent réellement pas à l'hépatite aiguë, font reconnaître l'existence de l'affection pectorale, et les résultats de l'auscultation et de la percussion lèvent tous les doutes. Dans les cas où les deux maladies existent simultanément, la présence ou l'absence de l'ictère a une grande valeur. Cependant n'oublions pas que ce symptôme peut manquer dans l'hépatite, et reconnaissons que ce diagnostic a besoin d'être précisé.

Du côté de l'abdomen, on peut confondre l'hépatite aiguë avec une *néphrite* intense; mais c'est un diagnostic sur lequel je me réserve de revenir dans l'article consacré aux maladies des reins. Je dirai seulement ici que lorsqu'une inflammation de ces organes est assez considérable pour pouvoir simuler l'hépatite aiguë, on trouve dans l'état des urines des signes qui fixent le diagnostic. On arrive même par là à distinguer les deux affections lorsqu'elles existent ensemble, comme cela a eu lieu dans un cas cité par M. Louis, et où les urines étaient purulentes.

Une autre affection, sur le diagnostic de laquelle on a beaucoup insisté depuis Galien (*de Locis aff.*,

lib. V, cap. VII), est le *rhumatisme aigu* ou l'*inflammation des muscles de l'abdomen;* mais nous devons d'abord mettre de côté l'inflammation, qui est un fait extrêmement rare; et quant au rhumatisme aigu, dont la fréquence est également loin d'être grande, nous remarquons que s'il existe de la douleur, si les contractions des muscles abdominaux peuvent en imposer à un examen superficiel pour une tuméfaction du foie, d'un autre côté nous voyons manquer l'ictère, et la palpation exacte, ainsi que la percussion, font bientôt reconnaître qu'il n'y a réellement pas augmentation de volume de l'organe.

Quant à la *gastrite*, elle diffère de l'hépatite lorsqu'elle est très-aiguë ou plutôt très-violente, ce qui est rare, par la douleur fixée à l'épigastre, par les vomissemens incessans, par la constipation, et par l'absence de tension à l'hypochondre.

On ne peut pas confondre avec l'hépatite aiguë le *cancer* et les *hydatides du foie.* Quant aux *congestions sanguines*, nous avons vu qu'elles sont dues à une stase du sang causée principalement par les affections du cœur. L'existence de ces affections, la marche chronique de la maladie, l'absence presque constante de douleurs réelles, car il n'existe qu'une simple gêne en pareil cas, et l'absence de l'ictère, suffisent pour faire éviter l'erreur.

Je n'examinerai pas ici les différences qui peuvent exister entre l'obstruction des voies biliaires par un calcul et l'hépatite; j'en parlerai plus loin. Mais je dirai un mot du diagnostic de la *rupture des abcès du foie* dans les différens points indiqués plus haut.

La *rupture dans le péritoine* est annoncée par une

douleur subite très-vive, s'irradiant dans l'abdomen, accompagnée d'accélération et de dépression du pouls, d'un froid marqué des extrémités, d'anxiété, en un mot des signes d'une péritonite suraiguë. La *rupture dans le colon* donne lieu à des selles sanglantes, purulentes, précédées de coliques plus ou moins vives.

La *rupture dans les bronches* est immédiatement suivie de suffocation, et bientôt après d'expectoration purulente très-abondante, parfois mêlée d'une quantité notable de bile. Enfin nous avons vu qu'une grande anxiété, une suffocation intense, sont les signes qui appartiennent soit à la *rupture directe de l'abcès dans la veine cave*, soit au passage du pus dans cette veine par l'intermédiaire des veines sushépatiques.

On ne doit pas sans doute regarder le diagnostic précédent comme ayant toute la précision désirable; je l'ai donné seulement comme l'expression la plus exacte des principaux faits qu'on trouve dans la science.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes positifs de l'hépatite aiguë.*

Ictère et douleur *réunies*.
Invasion *fébrile*.
Frissons renouvelés pendant un temps plus ou moins long.
Fièvre *persistante*.
Tension de l'hypochondre.
Volume augmenté du foie.

N'oublions pas qu'aucun de ces signes n'est constant, et qu'on est loin de les trouver toujours réunis. Ainsi ne leur accordons pas une valeur exa-

gérée. N'oublions pas, en outre, que nous avons dû admettre des hépatites réellement *latentes*.

2°. *Signes distinctifs de la pneumonie du côté droit et de l'hépatite aiguë.*

HÉPATITE AIGUË.	PNEUMONIE.
Ictère.	*Pas* d'ictère.
Douleur au niveau des *fausses côtes.*	Douleur ordinairement *sous le mamelon.*
Point de phénomènes stéthoscopiques dans les cas simples.	*Phénomènes stéthoscopiques.*
Ni *oppression*, ni *toux*, ni *expectoration.*	*Oppression, toux, expectoration* caractéristique.

3°. *Signes distinctifs de l'hépatite et de la pleurésie aiguë.*

HÉPATITE.	PLEURÉSIE.
Ictère.	*Pas* d'ictère.
Douleur de l'*hypochondre.*	Douleur lancinante *sous le mamelon.*
Pas d'oppression ni de toux, à moins de complications.	*Oppression, toux.*
Pas de signes stéthoscopiques.	*Signes stéthoscopiques.*

4°. *Signes distinctifs de l'hépatite aiguë et du rhumatisme des muscles abdominaux.*

HÉPATITE.	RHUMATISME DES PAROIS ABDOMINALES.
Ictère.	*Pas* d'ictère.
Tension de l'hypochondre.	*Pas de tension* de l'hypochondre.
Douleur *spontanée* ou à une *pression profonde.*	Douleur, principalement dans les *mouvemens du tronc.*

5°. *Signes distinctifs de l'hépatite et de la gastrite suraiguë.*

HÉPATITE.	GASTRITE SURAIGUË.
Ictère.	*Pas* d'ictère.
Tension ou *tumeur* de l'hypochondre.	*Ni tension, ni tumeur* de l'hypochondre.
Vomissemens de *fréquence médiocre.*	Vomissemens *presque incessans.*
Douleur au niveau des *fausses côtes droites.*	Douleurs *épigastriques.*

Si l'inflammation occupait particulièrement le lobe gauche du foie, on conçoit très-bien que ce diagnostic pourrait être insuffisant; mais, dans l'état actuel de la science, on ne peut l'établir d'une manière positive pour les cas de ce genre.

Je ne crois pas devoir étendre davantage ce tableau : les données nous manquent pour établir d'une manière positive des diagnostics différentiels plus multipliés.

Pronostic. Le pronostic de l'hépatite aiguë est très-grave. Il est vrai que quelques auteurs regardent la guérison de cette affection comme facile; mais cela tient à leur manière d'apprécier la valeur des symptômes et des lésions. Nul doute que le plus souvent on n'ait pris de simples congestions pour de véritables hépatites. M. Louis, qui a étudié avec soin l'anatomie pathologique de cette affection, ne reconnaît pas que l'existence d'une inflammation réelle soit démontrée après la mort, « si le foie ne contient une certaine quantité de pus »; or, si l'on rapproche cette manière de voir de l'absence de cicatrices signalée plus haut, on est porté à croire que la véritable hépatite guérit rarement. Cependant MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*) ont cité plusieurs cas de terminaison heureuse chez des enfans, et l'on observe quelquefois des cas semblables chez les adultes. Les symptômes notés par ces auteurs étaient la fièvre, la tuméfaction du foie qui, suivant eux, pouvaient dépasser les fausses côtes de *plus de quatre travers de doigt*, et enfin une douleur fixée à l'hypochondre. On voit, d'après ces faits, que la question n'est pas complétement jugée, et que nous ne pouvons pas apprécier à sa

juste valeur le pronostic de l'hépatite aiguë. Il faut évidemment attendre que de nouvelles observations soient venues nous éclairer.

§ VII. — Traitement.

On conçoit très-bien, d'après ce qui précède, que le traitement de l'hépatite aiguë est renfermé dans des bornes très-étroites. Presque tous les auteurs ont employé les mêmes moyens, et, il faut le dire, avec aussi peu de succès les uns que les autres. Les nombreux cas de guérison que l'on a cités ont en général si peu de valeur, qu'on ne peut en effet se fonder sur eux pour préconiser une médication quelconque.

Émissions sanguines. La plupart des auteurs ont insisté sur les émissions sanguines, et principalement sur la *saignée générale;* mais presque tous aussi ont recommandé particulièrement de ne pas les pousser trop loin, de crainte d'affaiblir par trop le malade, et de voir survenir plus tard des affections graves, comme le squirrhe (Duret, *Comm. sur Hippocrate*). Aujourd'hui l'on n'a pas de semblables craintes, mais on n'est pas plus fixé sur l'abondance et la fréquence qu'il convient de donner aux saignées. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que tant que les symptômes conservent un degré d'acuité marqué, et que le pouls a de l'ampleur, on est autorisé à ouvrir la veine. Les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* sont ensuite appliquées sur l'hypochondre en nombre assez considérable. L'application des ventouses scarifiées remonte jusqu'à Arétée. Huit ou dix seront employées à plusieurs

reprises, et on appliquera trente ou quarante sangsues à la fois, les renouvelant, si le cas paraît l'exiger.

Purgatifs. Il y a de grandes contradictions dans les auteurs sur l'efficacité des purgatifs. Baillou (*Concl. méd.*, lib. III) regarde ces médicamens comme dangereux, à moins qu'on n'en ait fait précéder l'administration de saignées abondantes. Portal (*loc. cit.*) se prononce formellement contre les purgatifs, et ensuite les auteurs les ont approuvés ou proscrits, suivant les opinions purement théoriques. Il est impossible de se prononcer sur ce point. Disons seulement que des purgatifs légers, comme le *sulfate de soude* ou de *magnésie*, l'*huile de ricin* à la dose de 30 grammes, etc., doivent être administrés seulement lorsqu'il existe de la constipation.

Mercuriaux. Le *calomel* agit-il autrement que comme purgatif? C'est ce qui n'est pas douteux dans la pratique d'un bon nombre de praticiens anglais qui cherchent à déterminer promptement une salivation mercurielle. Annesley (*loc. cit.*) recommande de donner ce médicament *le soir, à la dose de 1 gramme*, dans le but précisément d'éviter cet effet sur la bouche, de telle sorte qu'ici encore nous trouvons une véritable contradiction. Si, malgré la précaution de le donner à cette dose, les gencives commencent à s'affecter, cet auteur associe le calomel à 0,05 grammes d'*opium* par prise, ou bien à 0,25 ou 0,30 grammes de poudre d'*ipécacuanha.* Dans la médication ordinaire, on administre le calomel à la dose de 0,25 grammes toutes les trois ou quatre heures. Toutes les discussions dans lesquelles

on est entré sur l'efficacité de ce médicament ne sont point fondées sur les faits, et ne doivent donc pas nous arrêter ici.

Les *frictions mercurielles* ont été associées principalement par Autenrieth à l'usage interne du calomel. Cet auteur recommande de les faire autour de l'ombilic.

Vomitifs. Les vomitifs sont généralement proscrits, et, suivant Annesley, s'ils ont eu quelquefois l'avantage de soulager les malades, ce n'a été que pour un temps très-court, après lequel la maladie a pris une intensité plus grande. Portal, au contraire, veut qu'on fasse vomir doucement. Il suffit de citer ces opinions contradictoires pour voir que nous ne savons rien de positif sur l'usage de ces moyens. C'est le *tartre stibié* à dose vomitive que l'on emploie ordinairement.

Narcotiques. Les narcotiques, comme 0,05 grammes d'*opium* ou d'*extrait de jusquiame noire*, la *poudre de Dower* à la dose de 0,10 à 0,20 grammes, etc., sont prescrits dans les cas de douleur aiguë. Girdlestone (*loc. cit.*) redoutait la suppression de la diarrhée que ces médicamens peuvent déterminer; mais rien ne prouve, dans les faits, que cette suppression ait quelque désavantage.

On a appliqué des *vésicatoires* sur la région du foie, et Lind (*Essai on dis. in hot. clim.*) ainsi que Portal ont insisté sur leur utilité; mais ces auteurs n'ayant pas tenu compte de l'acuité ou de la chronicité des cas soumis à leur observation, leur assertion n'a pas de valeur réelle. Je pourrais encore citer le *camphre*, les *acides*, l'*infusion d'arnica*, etc.; mais ces moyens, employés seulement contre quel-

ques symptômes ou contre la faiblesse, n'ont pas été assez expérimentés.

En somme, la *saignée*, les *sangsues*, les *ventouses scarifiées*, les *légers minoratifs*, les *applications émollientes* sur la région du foie, le *repos*, la *diète*, les *boissons adoucissantes* ou *rafraîchissantes*, tels sont les seuls moyens qui paraissent devoir être conseillés.

ARTICLE III.

HÉPATITE CHRONIQUE.

Nous avons été embarrassés pour donner la description de l'hépatite aiguë; mais nous le sommes bien plus encore quand il s'agit de tracer, avec quelque précision, l'histoire de l'hépatite chronique. Si l'on parcourt, en effet, ce qui a été dit sur ce sujet, même par les auteurs qui ont été le mieux placés pour étudier l'affection, c'est-à-dire par ceux qui ont observé dans les pays chauds, on voit bientôt qu'ils n'ont tenu presque aucun compte des observations, et que plusieurs même ont fait une histoire de la maladie de toutes pièces, en adaptant à l'hépatite chronique les symptômes observés dans les inflammations chroniques des autres organes. En outre, la plupart des auteurs ont confondu dans la description de cette maladie plusieurs affections très-différentes, et ils ont, sous ce rapport, imité les anciens, qui, sous les noms d'*infarctus hepatis*, d'*obstructions*, d'*engorgemens du foie* et de *phthisie hépatique*, ont réuni des maladies chroniques de nature très-différente. C'est en particulier ce qu'on peut reprocher à Portal (*loc. cit.*), dont l'ouvrage a

eu cependant une grande réputation pendant quelques années.

Si l'on avait un certain nombre de bonnes observations d'hépatite chronique, on pourrait suppléer à cette insuffisance des auteurs; mais rien n'est plus difficile que de rassembler des faits bien observés et bien décrits; car, ou bien les détails les plus importans manquent, ou bien on trouve cités comme des exemples d'inflammations chroniques des *abcès* résultant d'une inflammation aiguë. Les deux observations empruntées par M. Bonnet à M. Colledge (*Journ. de la Soc. méd. et phys. de Calcutta;* avril 1837) et à M. Peau (*Amer. Journ. of med. Sc.;* 1837) sont en particulier dans ce dernier cas, quoique l'auteur les ait donnés comme des exemples de ce qu'il appelle irritation chronique du foie.

On voit donc combien les matériaux sont insuffisans, et l'on ne saurait attendre de moi une description rigoureuse et précise, impossible dans l'état actuel de la science. Cependant quelques observations que j'ai rassemblées me fourniront un petit nombre de considérations intéressantes.

Définition; synonymie; fréquence. On donne le nom d'*hépatite chronique* à l'inflammation du foie qui, parcourant lentement ses périodes, ne détermine pas une fièvre violente. J'ai dit plus haut qu'on avait maintes fois, sous les noms d'*obstructions, tumeurs du foie*, *infarctus hepatis*, etc., cité de simples inflammations du foie. Nous verrons, en continuant l'histoire des affections hépatiques, à quelles maladies diverses ces dénominations ont été imposées. On sent, d'après ce qui précède, qu'il est impossible d'avoir une idée même approximative de

la *fréquence* de l'hépatite chronique; c'est un travail entièrement à faire.

Causes. Tous les auteurs ont dit que l'hépatite chronique pouvait succéder à l'hépatite aiguë. Si cette assertion était confirmée, on en tirerait la conséquence nécessaire qu'en pareil cas les causes de la chronicité de la maladie doivent être cherchées principalement dans la *constitution* et l'*état de santé* du malade; mais si nous examinons les faits cités à l'appui de cette opinion, et principalement ceux qu'a rapportés M. Bonnet, et qu'il a empruntés à plusieurs auteurs, nous verrons qu'il s'agit d'hépatites évidemment aiguës, qui, une fois la suppuration formée, ont marché ensuite plus ou moins lentement. Mais ce ne sont pas là de véritables hépatites chroniques; tout le monde sait, en effet, qu'en quelque lieu que se forment les abcès, une fois la suppuration bien établie, les symptômes généraux et aigus disparaissent pour faire place aux symptômes locaux qui existent presque exclusivement.

Dans quelques cas, au contraire, comme on en trouve des exemples dans la Clinique de M. Andral (obs. 28, 29, 32), les symptômes suivent dès le commencement une marche lente, la réaction est peu considérable, la maladie a une longue durée, et on ne peut douter de sa chronicité. J'ai sous les yeux d'autres faits du même genre, et entre autres un qui a été observé dans le service de M. Pasquier, à l'infirmerie des Invalides (*Lancette Fr.;* septembre 1838), et l'observation que M. J. B. Dalmas (*De l'hép. chron.*, thèse; Montpellier, 1835) a recueillie sur lui-même.

Quelles sont, dans ces derniers cas, les *causes pré-*

disposantes de l'hépatite chronique? C'est ce qu'il est impossible de déterminer. Il est permis seulement, d'après plusieurs faits, de dire d'une manière générale que cette maladie affecte plus particulièrement l'*âge mûr;* mais sur tous les autres points nous n'avons que les données les plus incertaines.

Quant aux *causes occasionnelles*, je n'en connais qu'une seule qui ait été positivement notée dans quelques cas, c'est une *contusion* de la région hépatique, dont ou trouve un exemple dans les observations de M. Andral.

Symptômes. La description des symptômes doit nécessairement se ressentir aussi de l'insuffisance des renseignemens. Recherchons dans les faits ce qui a été bien constaté.

Le *début* n'est pas ordinairement marqué par des symptômes bien tranchés. Une gêne vers l'hypochondre, avec des troubles intestinaux très-variables, voilà ce que l'on a noté dans le plus grand nombre des cas, et, il faut le dire, ces symptômes n'étaient pas ordinairement assez caractéristiques pour qu'on ait d'abord pensé à une maladie du foie.

Lorsque la maladie est confirmée, voici ce que l'on observe : Une *douleur* ordinairement sourde et gravative (quatre fois sur six), quelquefois vive, mais seulement à des intervalles plus ou moins éloignés, et le plus souvent augmentée par la pression, se fait sentir vers l'épigastre, et plus tard vers l'hypochondre droit. Dans quelques cas cependant l'hypochondre est tout d'abord envahi par la douleur. Rarement des irradiations ont lieu dans divers sens; lorsqu'elles existent, elles se dirigent vers l'épaule (ce qui a été établi à tort en règle générale), ou bien

vers les lombes et l'abdomen. Dans deux cas que j'ai sous les yeux, il n'y a eu que de la *gêne* et de la *pesanteur* à la région hépatique, pendant tout le cours de la maladie.

L'*ictère* est beaucoup plus rare que dans l'hépatite aiguë. Ainsi, six fois sur dix, il est dit positivement que la teinte ictérique n'existait pas. On ne peut pas trouver dans le siége de la lésion la cause positive de l'existence de la jaunisse; car deux fois, sur quatre cas d'ictère prononcé, les abcès occupaient la face convexe, une fois ils étaient disséminés dans plusieurs points, et une fois seulement ils étaient à la face inférieure.

En revanche, l'*augmentation de volume* du foie s'observe bien plus fréquemment; une seule fois sur dix, en effet, le volume est resté normal, et, dans ce cas, bien que la maladie ait eu une durée assez longue (plus de deux mois), il y avait quelques signes d'acuité, tandis que, dans tous les autres cas, on observait un développement notable de l'organe. Ce développement a surtout été noté du côté de l'abdomen. Le foie déborde les fausses côtes de deux, trois, quatre travers de doigt et plus. Quelquefois même, comme dans un cas cité par le docteur Pepper (*the Americ. Journ. of med. Sc.*; févr. 1838), son bord inférieur descend jusqu'aux environs de l'os des îles.

La *palpation* fait reconnaître, outre ce développement parfois énorme, la conservation de la forme de l'organe, à moins toutefois qu'il n'y ait un abcès du foie accessible à l'exploration; car alors il y a un changement dans la forme et une sensation particulière au toucher, signes sur lesquels j'insisterai dans

l'article suivant, où il sera question des *abcès du foie.*

Par la *percussion* on constate surtout l'augmentation de volume du côté du thorax. Cette augmentation est quelquefois telle, que le poumon droit est refoulé, et que le cœur peut également être repoussé en haut et à gauche.

De cette dernière circonstance il résulte une gêne plus ou moins grande dans la *respiration.* Aussi les malades qui ont le foie volumineux par suite de l'inflammation chronique, sont-ils facilement essoufflés et montent-ils difficilement un escalier, comme ceux qui ont une lésion du poumon. Le degré variable d'oppression, ainsi que la douleur qui existe fréquemment, s'opposent également à ce que les sujets portent des vêtemens un peu serrés. Les femmes sont obligées de renoncer à l'usage du corset, et je vois dans quelques cas la plus légère pression des vêtemens être désagréable.

Il est évident que l'augmentation de volume du foie et ses conséquences nécessaires ont une bien grande valeur dans l'histoire de l'hépatite chronique. Lorsque cette augmentation de volume existe avec l'ictère et la douleur dans une affection de longue durée, on ne peut guère douter que l'inflammation chronique ne se soit emparée de l'organe.

Il y a dans cette affection, comme dans l'hépatite aiguë, des *troubles digestifs;* mais ils sont très-variables. On observe une diminution de l'*appétit*, ou un appétit capricieux, tantôt vif, tantôt médiocre, tantôt nul. Les digestions sont ordinairement plus ou moins difficiles. La *soif* est nulle ou peu vive. La bouche est parfois pâteuse ou amère; on observe,

en un mot, les divers accidens qu'on décrivait autrefois sous le nom de *dyspepsie*.

Du côté de l'*intestin*, nous trouvons les mêmes symptômes variés que nous avons notés dans l'hépatite aiguë : des alternatives de *constipation* et de *diarrhée*, et rarement des coliques. Lorsque la constipation existe, les selles sont ordinairement décolorées; dans le cas contraire, elles sont plus souvent bilieuses. Lorsqu'elles sont purulentes, c'est qu'un abcès s'est ouvert dans l'intestin.

Les *urines* sont naturelles lorsqu'il n'existe pas d'ictère, c'est-à-dire dans la majorité des cas. Chez les sujets affectés d'ictère, elles n'ont pas toujours été examinées, et si dans les observations de ce genre nous ne les trouvons rougeâtres, safranées qu'un petit nombre de fois, il n'en faut pas conclure que le fait a lieu rarement. Ce qu'il y a de certain, c'est que toutes les fois que les urines ont présenté cet aspect bilieux, l'ictère existait, ce que j'avais déjà signalé dans l'hépatite aiguë.

Les *symptômes généraux* sont peu marqués au commencement de la maladie et dans la plus grande partie de son cours. Je trouve dans la plupart des observations, l'*absence de la fièvre* marquée presque jusqu'aux derniers jours. Cependant il est quelques cas où un *mouvement fébrile* léger, caractérisé par une chaleur sèche, un peu de malaise et une faible accélération du pouls, s'est montré à une époque peu avancée et a persisté jusqu'à la fin. Chez un petit nombre de sujets il survient, après un certain temps, de légères exacerbations le soir, quelquefois annoncées par de légers frissons. Un *dépérissement* lent, signalé par l'amaigrissement, la faiblesse, la

pâleur lorsqu'il n'y a pas d'ictère, complète le tableau de ces symptômes généraux, qui se rapportent à la fièvre hectique ou purulente.

Dans les derniers temps de la maladie, tous les symptômes peuvent acquérir plus d'intensité. La douleur devient plus vive, la fièvre plus ardente et la gêne de la respiration plus grande. Dans ces cas, le décubitus dorsal est parfois seul possible, comme on en voit un exemple dans les observations de M. Andral (obs. 32), et les sujets finissent par succomber dans le dépérissement, ou bien il y a une de ces perforations que j'ai indiquées à l'article *Hépatite aiguë*, et alors surviennent les mêmes accidens, terminés soit par une mort rapide, soit par la guérison. Mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir quand je décrirai les phénomènes produits par les *abcès du foie*.

On voit que dans la description que je viens de tracer je n'ai fait entrer ni l'*infiltration des membres*, ni l'*ascite*, ni les *hémorrhoïdes*, ni les *épistaxis*, ni les *taches hépatiques* signalées par la plupart des auteurs. Je n'ai pas, en effet, trouvé ces symptômes dans les observations; et comme il n'est que trop vrai que l'on a presque toujours, dans la description de l'hépatite chronique, confondu des maladies différentes, il faut bien, jusqu'à nouvel ordre, laisser dans le doute ces divers signes, qui peuvent appartenir à des affections d'une autre nature.

Marche; durée; terminaison. La *marche* de la maladie n'est pas toujours continue. Nous voyons un exemple remarquable d'une marche intermittente irrégulière, dans l'observation que M. Dalmas (*loc. cit.*) a recueillie sur lui-même. En pareil

cas, l'inflammation chronique envahit-elle, à des intervalles variables, différens points du tissu hépatique? C'est une question qu'il est extrêmement difficile de résoudre. Cependant on peut supposer qu'il en est ordinairement ainsi; car, dans la formation isolée d'un abcès du foie, on ne trouve pas de temps d'arrêt qui puisse expliquer les intervalles considérables de soulagement plus ou moins complet qu'éprouvent les malades. Quant à la *durée*, elle est ordinairement fort longue, dépassant une année dans la majorité des cas, et quelquefois se prolongent pendant deux, trois et quatre ans. Les ruptures d'abcès dont j'ai déjà parlé peuvent abréger de beaucoup la durée naturelle de l'affection.

L'*hépatite chronique* peut-elle se terminer par résolution? On a cité des faits nombreux dans lesquels on assure avoir réduit à son volume primitif le foie énormément développé. Sans nier la possibilité du fait, et tout en reconnaissant que des foies volumineux ont cessé de l'être sous l'influence de certaines médications, je dois dire que l'on ne peut pas résoudre cette question d'une manière précise. Il faudrait avoir bien constaté, en effet, que les cas cités étaient réellement des hépatites chroniques, qu'il ne s'agissait pas de simples congestions ou de tout autre état, et c'est ce que l'on n'a pas fait. C'est un des points nombreux qui, dans l'histoire des maladies du foie, demandent impérieusement de nouvelles recherches. La terminaison heureuse par suite de l'évacuation du pus des abcès par diverses voies n'est pas douteuse; j'y reviendrai dans l'article suivant. Néanmoins, dans le plus grand nombre des cas de ce genre, cette affection se termine par la mort. C'est

ce dont on peut s'assurer en parcourant les principales observations.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques de l'hépatite chronique ne diffèrent de celles de l'hépatite aiguë que par quelques particularités. Les *abcès* sont, sans contredit, la lésion principale. On ne trouve pas dans les auteurs un seul cas d'hépatite chronique terminé par la mort sans qu'il y ait eu une ou plusieurs collections purulentes.

La fausse membrane qui recouvre les parois de l'excavation est constante. Elle est plus épaisse, plus résistante que celle des abcès aigus, et quelquefois on lui a trouvé une consistance demi-cartilagineuse. Quelquefois aussi cette fausse membrane, dense et épaisse, est couverte, comme dans les excavations tuberculeuses, d'une autre couche pseudo-membraneuse mince et molle. Le pus est presque toujours blanchâtre et bien lié. Le tissu hépatique environnant conserve sa couleur et sa consistance dans le plus grand nombre des cas; il ne présente pas de ramollissement ni de rougeur, à moins qu'il n'ait été envahi par une nouvelle inflammation vers la fin de la maladie. Le nombre des abcès est très-variable. Parfois on n'en trouve qu'un ou deux dont le volume peut atteindre la grosseur du poing et plus encore, et parfois l'organe est comme criblé d'abcès isolés et de dimensions diverses. Les voies biliaires peuvent offrir des altérations, mais elles ne sont pas en rapport nécessaire avec les lésions hépatiques. L'augmentation de volume du foie est quelquefois si considérable, par suite de ces lésions, que les organes thoraciques et abdominaux se trouvent refoulés à une grande distance. Enfin, pour terminer cette indication des

lésions appartenant en propre à l'hépatite chronique, signalons les diverses perforations, les adhérences dont elles sont entourées et les fausses membranes unissant le foie aux parties environnantes.

Diagnostic; pronostic. Il est ordinairement très-facile, dans l'hépatite chronique, de s'assurer qu'il existe une maladie du foie. L'augmentation du volume, qui est un phénomène presque constant, je pourrais même dire constant, vu l'extrême rareté des exceptions, est un caractère suffisant pour indiquer tout d'abord le siége de l'affection. Mais à quelle maladie chronique du foie a-t-on affaire ? Voilà où se trouve la difficulté, et cette difficulté est grande.

On a cité comme pouvant être confondue avec l'hépatite chronique une *hypertrophie simple* de l'organe; mais l'existence de cette hypertrophie présente encore quelques doutes, et par conséquent je ne peux exposer ce diagnostic avant d'avoir dit un mot de cette lésion. C'est ce que je ferai dans un des articles suivans.

La simple *congestion sanguine* ne détermine qu'une gêne plus ou moins grande. Elle est d'ailleurs liée aux troubles de la circulation que j'ai déjà indiqués, et ces caractères suffiront pour la faire reconnaître.

Le *cancer du foie* se distingue principalement de l'hépatite chronique en ce que la surface de l'organe offre des saillies dures qui déforment son bord inférieur, et en ce que le dépérissement est plus rapide et par conséquent plus marqué.

Quant aux *hydatides*, je renvoie ce diagnostic différentiel à l'article où il sera question de ces entozoaires.

Je ne crois pas non plus devoir présenter ici le

diagnostic de la *cirrhose;* nous avons vu, en effet, qu'un des principaux signes de l'hépatite chronique est le développement souvent très-considérable du foie : or, dans la cirrhose, cet organe diminue plus ou moins de volume. Cette circonstance suffit seule pour distinguer les deux affections.

Les élémens d'un *tableau synoptique* du diagnostic ne me paraissant pas suffisans, je passerai outre, de crainte de donner trop de précision à des faits encore douteux.

Pronostic. Le *pronostic* est nécessairement très-grave. On a affirmé, il est vrai, et j'ai déjà eu occasion d'en dire un mot, qu'à l'aide des médicamens fondans on avait obtenu la résolution de foies très-volumineux; mais, je le répète, les faits ne sont pas suffisamment précis. Le principal espoir est donc dans l'ouverture des abcès à l'extérieur, soit directement, soit par l'intermédiaire d'organes creux, comme l'intestin et les bronches.

Traitement. Nous ne sommes pas beaucoup mieux instruits sur le traitement de l'hépatite chronique que sur celui de l'hépatite aiguë. Cependant les moyens employés contre elle sont plus nombreux.

On a prescrit les *antiphlogistiques*, et en particulier la *saignée*, soit du bras, soit du pied, les *sangsues* à l'anus et les *ventouses scarifiées* sur l'hypochondre droit; mais ce qui empêche d'apprécier l'efficacité de ces moyens, c'est qu'on a souvent, sous le nom d'*hépatite chronique*, traité de simples congestions qui, en effet, cèdent facilement à leur emploi.

Les *purgatifs* sont mis en usage, surtout dans les cas où la constipation est opiniâtre; ce sont les

sels de soude et de *magnésie* que l'on prescrit principalement. On les donne à la dose de 15 à 20 grammes. Hufeland conseille la *rhubarbe*, qu'il associe à la belladone de la manière suivante :

♃ Racine de belladone en poudre.........	0,50 grammes.
Racine de rhubarbe en poudre.........	2,50 grammes.

Divisez en dix paquets, à prendre deux ou trois par jour.

Beaucoup d'autres médecins ont conseillé la rhubarbe à la *dose de 2 à 4 grammes* par jour, et ont attribué à ce médicament la faculté de faire couler plus facilement la bile. J'y reviendrai à l'occasion de l'ictère.

Fondans. Viennent maintenant les médicamens dits *fondans*. Je citerai d'abord l'*acétate de potasse*, recommandé par Desbois, cité dans le *Dictionnaire de Chirurgie et de Médecine pratique*, tome XIII. On peut le prescrire comme il suit :

♃ Acétate de potasse.............	de 6 à 8 grammes.
Infusion de tilleul.....................	180 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger...............	35 grammes.

A prendre par cuillerées.

On connaît, sous le nom d'*électuaire de Kortum*, une préparation qui renferme ce médicament uni à d'autres substances, et qui a été recommandée dans des cas cités sous le nom d'*obstructions du foie*. Voici cet électuaire :

♃ Conserve de cochlearia	60 grammes.
Extrait de chiendent.............	ãã 30 grammes.
——— de pissenlit	
Acétate de potasse................	20 grammes.

Le savon végétal, prescrit dans les mêmes cir-

constances, est fait avec le *bicarbonate de potasse :*

℥	Bicarbonate de potasse..................	4 grammes.
	Gomme arabique en poudre............	32 grammes.

Triturez ensemble pendant longtemps.

A prendre 2 à 4 grammes dans une petite quantité d'eau.

Les *pilules de savon* sont également prescrites. Elles sont ainsi composées :

℥	Savon médicinal.......................	125 grammes.
	Poudre de racine de guimauve..........	16 grammes.
	Nitrate de potasse.....................	4 grammes.

F. des pilules de 0,20 grammes. A prendre de six à trente, à doses croissantes.

L'*iode*, vanté principalement par Elliotson et Abercrombie, est aussi administré comme fondant. On peut donner les pilules suivantes :

℥	Iode................................	0,20 grammes.
	Réglisse............................	5 grammes.
	Rob de sureau......................	Q. S.

F. dix pilules, à prendre d'une à deux par jour.

Il faut surveiller, dans cette administration, l'état des voies digestives.

Les *mercuriaux* ont été fréquemment mis en usage, et l'on a vanté en particulier les *pilules de Plummer*, ainsi composées :

℥	Soufre doré d'antimoine.......... }	ãã 12 grammes.
	Calomel............................ }	
	Résine de gayac...................	8 grammes.
	Sirop de gomme..	Q. S.

F. des pilules de 0,30 grammes. A prendre de deux à quatre par jour.

Sœmmering (*Des Morbis vas. absorb.*; Francfort-sur-le-Mein, 1795) recommande particulièrement les *frictions mercurielles* faites sur la plante des pieds.

On a eu encore recours, pour faire fondre les engorgemens du foie, dont on peut rapporter quelques cas à l'hépatite chronique, aux *bains de mer*, et à l'*eau de mer* prise à l'intérieur; mais l'expérience ne nous a pas suffisamment appris ce qu'il faut penser de cette médication pour que cette simple indication ne soit pas suffisante.

La poudre, l'extrait de *quinquina*, les ferrugineux, en un mot la *médication tonique* est également vantée; mais il suffit de l'indiquer, puisque nous n'avons pas de faits positifs qui déposent en faveur de son efficacité. Il en est de même du *galvanisme*, préconisé par La Beaume (*du Galv. appl. à la Méd.*, trad. de Fabré Palaprat; Paris, 1828).

Quelques médecins, parmi lesquels il faut citer principalement Cheyne et Schlesinger (*Hufeland's Journal*), ont beaucoup insisté sur l'efficacité des *pédiluves nitro-muriatiques*. Voici celui que prescrit ce dernier auteur :

♃ Acide hydrochlorique	90 grammes.
Acide nitrique	60 grammes.
Eau pure	120 grammes.

M. Prenez le tiers de ce mélange, et versez-le dans :

Eau	5550 grammes.

Le malade prendra le bain de pieds le soir, ayant l'eau jusqu'aux genoux. Il y restera vingt minutes.

On a encore préconisé le *chlore* (Wallace, *Researches respect. the Med. pow. of Chlor.*; Dublin,

1822), la *chélidoine* (Benedix, *Rust's Mag.;* 1823), la *gomme ammoniaque*, la *mousse d'Islande*, etc. Mais dans l'état actuel de la science, ces moyens ne méritent qu'une simple mention.

Il ne faut pas oublier dans cette énumération les *eaux minérales alcalines*, telles que l'eau de Vichy, de Saint-Nectaire, de Carlsbad, du Mont-d'Or, de Néris, de Plombières, de Bussang, etc. On a cité un assez bon nombre de cas dans lesquels ces eaux, dont la base principale est le carbonate de soude, ont produit de bons effets dans les affections chroniques du foie. C'est pourquoi j'en parle ici. Mais quelle est leur action dans l'hépatite chronique en particulier? C'est ce qu'il est impossible de dire.

On trouve dans le travail de M. Scoutetten sur l'*hydrothérapie* un fait assez curieux pour que je doive l'indiquer. Il s'agit d'un malade qui, depuis plus de quarante ans, souffrait de l'hypochondre droit, et qui, à l'époque où il se soumit au *traitement par l'eau froide*, avait le foie assez volumineux pour occuper une grande partie de l'abdomen. Deux saisons de trois ou quatre mois suffirent pour amener une très-grande amélioration, et au bout de deux ans le foie avait cessé de faire saillie au-dessous des fausses côtes. Existait-il, en pareil cas, une hépatite chronique? C'est ce qu'on ne saurait dire, et par conséquent je me borne à mentionner le fait sans en tirer aucune conséquence rigoureuse pour le traitement de la maladie dont il s'agit ici.

A l'extérieur, on applique ordinairement soit des *cautères*, soit des *moxas*, que l'on entretient pendant un temps fort long. Le *séton* est également

mis en usage : en un mot, on provoque une suppuration abondante, dans le but de favoriser la résolution de l'inflammation chronique.

Enfin j'ajouterai qu'un *régime* assez sévère sans être trop débilitant; la *limonade tartrique*, ou mieux, suivant quelques-uns, la *limonade hydrochlorique*, complète ce traitement. Voici comment on compose cette limonade :

℞ Eau.................................... 1000 grammes.
Sirop de sucre........................ 60 grammes.
Acide hydrochlorique, jusqu'à agréable acidité.

M. avec soin. A prendre par demi-verres, dans la journée.

Résumé. On voit, comme je l'ai annoncé en commençant, combien ce traitement est encore vague et incertain. D'une part, en effet, nous ignorons presque toujours si les cas cités comme des exemples de guérison appartenaient réellement à l'hépatite chronique; et, d'autre part, les assertions des auteurs ne sont presque jamais appuyées sur des faits positifs: elles résultent presque toujours de certaines opinions préconçues. Il serait donc inutile de donner des ordonnances. C'est au médecin à voir, dans les cas qui s'offriront à lui, quels sont, parmi les moyens mentionnés, ceux qui paraissent le mieux appropriés.

ARTICLE IV.

ABCÈS DU FOIE.

Dans les deux articles précédens nous avons indiqué la manière incontestablement la plus fréquente dont se produisent les abcès du foie. Dans quelques

cas particuliers cependant, on a pu les rapporter à la *fonte de tubercules* dans cet organe, et M. Louis, dans un des faits qu'il a cités (obs. v), est porté à admettre cette formation particulière, sans toutefois en affirmer l'existence. Lorsque les cavités renfermant des hydatides s'enflamment, il en résulte une suppuration qui constitue également une espèce d'abcès ; mais il en sera question particulièrement lorsque je ferai l'histoire de ces entozoaires.

Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit précédemment sur les *causes* et le *développement* des abcès hépatiques ; je dois en effet les considérer ici comme étant tout formés, et même je ne dois avoir égard qu'à ceux dont l'existence peut être rigoureusement constatée.

Nous avons vu plus haut que des *perforations* pouvaient se faire dans des organes voisins, et nous avons indiqué quels sont les signes qui annoncent que le pus est versé soit dans une cavité qui le porte à l'extérieur, soit dans une cavité fermée, comme le péritoine et la plèvre. Les faits de ce genre ont été soigneusement recueillis par les auteurs, et nous en possédons un assez bon nombre. Dans le cas cité par M. Dalmas (*loc. cit.*) l'*abcès s'ouvrit dans l'intestin*, et, après quelques troubles intestinaux accompagnés d'un peu de fièvre, la guérison ne se fit pas attendre. Dans d'autres circonstances, comme dans un cas rapporté par M. Colledge (*loc. cit.*), la perforation peut se faire dans *plusieurs points différens*. Le sujet dont il est question dans ce cas très-remarquable, après avoir présenté les symptômes d'une maladie aiguë du foie, rendit beaucoup de pus par les selles, et les déjections purulentes furent suivies d'une amélio-

ration tellement sensible, qu'on pouvait croire que le malade avait recouvré complétement la santé. Mais les symptômes de l'affection hépatique s'étant renouvelés, au bout d'un mois, il y eut *rupture dans le poumon*, expectoration considérable de pus, et ensuite guérison complète.

L'expectoration et les déjections purulentes sont quelquefois mêlées de sang, de sanie sanguinolente, de bile, et contiennent parfois des calculs biliaires; mais, dans ce dernier cas, l'abcès a ordinairement existé primitivement dans la vésicule du fiel.

Il peut arriver que le pus soit versé dans le duodénum *sans rupture préalable de l'abcès*. C'est ce qu'a constaté Saunders (*A treat. on the Struct.*, etc. *of the Lives;* Lond. 1800). Les gros conduits biliaires s'ouvrant dans l'abcès, versent, en pareil cas, le pus dans le canal cholédoque, qui le transporte dans l'intestin.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit plus haut de la terminaison promptement mortelle qui suit la rupture de l'abcès dans le péritoine et dans la veine cave; j'ajouterai seulement, pour terminer ce que j'ai à dire de ces diverses perforations, que, même lorsqu'elles ont lieu dans des organes creux qui portent le pus au dehors, la terminaison n'est pas toujours favorable. On en voit la preuve dans un cas cité par M. Pepper (*loc. cit.*), et dans lequel l'expectoration du pus contenu dans l'abcès du foie n'empêcha pas le malade de succomber. En pareil cas, la mort arrive soit parce que les abcès étaient multiples, ce qui est le cas le plus ordinaire, soit parce qu'après l'évacuation d'un abcès unique il s'en forme d'autres dont l'ouverture n'est pas aussi

heureuse, soit enfin parce que la suppuration continuant et les organes par lesquels le pus est versé au dehors venant à s'enflammer, il survient un dépérissement mortel.

On trouve divers exemples de ces terminaisons dans un Mémoire de Petit le fils, inséré parmi ceux de l'Académie de Chirurgie. Dans un cas, entre autres, la marche de la maladie, après la rupture de l'abcès dans l'intestin, fut remarquable en ce que lorsque, par une cause difficile à apprécier, le pus retenu dans la cavité accidentelle ne pouvait être chassé dans l'intestin, les signes de l'affection hépatique se reproduisaient pour cesser dès que les garde-robes redevenaient purulentes.

Mais il est d'autres cas où l'*abcès manifeste une tendance à s'ouvrir au dehors* à travers les parois de l'hypochondre. Ce sont ceux qu'il importe particulièrement d'examiner ici. On voit alors se former dans un endroit limité de l'hypochondre ou de l'épigastre un point saillant, au sommet duquel la peau rougit et s'amincit après un temps plus ou moins long. C'est ce qui eut lieu dans le cas observé par M. Pasquier, et que j'ai cité plus haut. La *fluctuation*, d'abord profonde, devient ensuite superficielle, ce qui lève tous les doutes. Je n'insiste pas sur ces détails, parce que ce serait trop empiéter sur le domaine de la chirurgie. J'ajoute seulement que, suivant la remarque de Boyer (*Traité des Mal. chir.*, t. VII, 4e édit., p. 572), la fluctuation se fait quelquefois sentir dans plusieurs points de la tumeur, qui n'est jamais isolée et comme détachée des parties environnantes. On a cité d'assez nombreux exemples de fusées purulentes qui, par-

ties du foie, sont venues s'ouvrir dans les divers points du tronc, et même à la partie interne de la cuisse, simulant alors un de ces abcès qui se forment dans la carie vertébrale.

Le *diagnostic* appartient tout entier à la chirurgie. Je le passe donc sous silence, et j'arrive aux moyens de traitement qui sont, il est vrai, également chirurgicaux, mais que tout médecin doit bien connaître.

Traitement. Lorsque après avoir employé vainement les moyens mis en usage contre l'hépatite, on a la certitude de l'existence d'un abcès, et que cet abcès est accessible à nos instrumens, il ne faut pas hésiter à donner issue au pus en pratiquant une ouverture à la paroi abdominale et sur le point où se montre la tumeur. Pour que l'opération réussisse, il faut qu'avant l'écoulement du pus il existe des adhérences entre la partie du foie occupée par l'abcès et la paroi de l'abdomen. Or nous avons vu que ces adhérences sont bien loin d'exister dans tous les cas. C'est pour les provoquer, avant de donner issue au pus, qu'on a inventé divers procédés dont je vais citer les principaux.

PROCÉDÉ DE M. GRAVES.

Incisez largement tous les tissus jusqu'à une ou deux lignes de la collection. Puis, sans chercher à pénétrer jusqu'à l'abcès, remplissez la plaie de charpie, et attendez que dans un mouvement, un accès de toux, un éternument, la tumeur vienne s'ouvrir d'elle-même au fond de l'incision.

Chez un sujet opéré par M. Graves, le succès de ce moyen fut complet, quoique l'abcès ne cor-

respondît pas directement au fond de la solution de continuité. (*The Dublin Hosp. Reports*; mai 1827.)

PROCÉDÉ DE M. BÉGIN.

Incisez couche par couche jusqu'au péritoine. S'il n'y a pas d'adhérences, arrêtez-vous et pansez simplement. La tumeur tend à remplir la plaie en soulevant le péritoine; les deux faces de cette membrane ne tardent pas à s'agglutiner et à se réunir solidement, et trois ou quatre jours après la première opération, on ouvre l'abcès du foie avec sécurité. Si l'on reconnaît l'existence des adhérences au moment de la première incision, il est bien entendu qu'on doit passer outre et faire pénétrer l'instrument jusqu'à l'abcès. (*Journ. Hebd.*, t. Ier, 1830.)

Ce procédé, qui a été maintes fois expérimenté avec un grand succès, tant en France qu'en Angleterre, et que M. Velpeau en particulier (*Méd. opér.*, 2e édit., t. IV, p. 19) avait déjà, en 1839, employé trois fois avec avantage, est celui qui est le plus généralement adopté, et qui, d'après les faits connus, mérite le plus de l'être.

PROCÉDÉ DE M. RÉCAMIER.

Appliquez de la potasse caustique sur plusieurs points très-rapprochés de la saillie morbide, afin que, par leur réunion, ils fassent naître une large eschare, qu'on fend au bout de quelques jours avec l'instrument tranchant. On porte alors au fond de la plaie une nouvelle dose de caustique qui doit agir bien plus en profondeur qu'en largeur. Répétée ainsi successivement, la cautérisation détermine sûrement l'adhésion du péritoine hépatique avec le péritoine des parois abdominales, et met à même d'enfoncer soit le trois-quarts, soit le bistouri dans le kyste, dès que le doigt sent distinc-

tement la fluctuation au-dessous de l'eschare divisée. (Velpeau, *Méd. opérat.*, loc. cit.)

C'est de l'invention de ce procédé ingénieux que datent tous ceux qui ont pour but de provoquer les adhérences. Autrefois on employait, il est vrai, la potasse caustique, mais pour pénétrer jusqu'à l'abcès lui-même; ce qui avait des inconvéniens tels, qu'on avait été obligé d'y renoncer. Quelques auteurs regardent ce procédé de M. Récamier comme étant encore le plus sûr. Cependant ils ne citent pas d'accidens funestes causés par celui de M. Bégin, plus expéditif, moins douloureux, et qui me paraît devoir être préféré, tant qu'on ne lui opposera pas de faits malheureux.

Rendre, par la position, l'*écoulement du pus facile;* empêcher la cicatrisation trop prompte de l'ouverture et son obstruction; faire pénétrer dans le kyste des *injections médicamenteuses*, comme les injections d'iode; tels sont les moyens propres à hâter la guérison. Mais insister plus longtemps sur un tel sujet, ce serait sortir de mon cadre.

Dans la plupart des articles modernes consacrés aux maladies du foie, on trouve décrits comme des états morbides distincts le *ramollissement* et l'*induration* de cet organe. Après avoir pris connaissance des principales observations rapportées par les auteurs, et notamment de celles de M. Andral (*Clin. méd.*, 3e éd., t. II, p. 387 et 407), il ne me paraît pas possible de faire de ces altérations

pathologiques des maladies particulières, si ce n'est dans quelques cas rares. Si, en effet, nous examinons ces faits, voici ce que nous voyons :

1°. *Ramollissement.* Dans les observations de M. Andral, on trouve des ramollissemens qu'on peut appeler aigus, et d'autres qu'on peut regarder comme chroniques. Les premiers ne sont autre chose que des lésions secondaires survenues dans le cours d'une maladie grave; ils ne doivent pas nous occuper. Les autres, dont on ne trouve que de rares exemples, ont eu pour signes, pendant la vie, des symptômes de gastralgie ou de gastrite chronique, avec des troubles intestinaux notables, et à l'autopsie on n'a trouvé d'autre lésion que le ramollissement du foie pour expliquer ces phénomènes. Suivant M. Andral, le défaut de sécrétion de la bile serait la cause première de tous les accidens. Quant à la nature de l'affection, il ne peut se prononcer sur ce point. On voit que dans l'état actuel de la science il est impossible d'avoir des données vraiment utiles sur cette lésion, et qu'on ne saurait en présenter une histoire intéressante pour le praticien.

2°. *Induration.* Cette lésion n'est guère plus importante pour la pratique. Tout ce qu'il est nécessaire de dire, c'est qu'on peut la regarder comme une cause d'ascite, et qu'elle a toujours paru au-dessus des ressources de l'art. J'ajouterai cependant que les observations qu'on nous en a données laissent en général beaucoup à désirer, et que les veines de l'abdomen, en particulier, ayant été rarement examinées, on est souvent dans l'incertitude sur la cause réelle de l'hydropisie.

Je n'ai voulu citer ces altérations que pour mémoire. Elles ne sont évidemment dignes d'attention que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, qui est loin d'être le principal dans cet ouvrage.

ARTICLE V.

HYPERTROPHIE DU FOIE.

L'hypertrophie du foie est encore une lésion qui, dans l'état actuel de la science, n'a qu'un médiocre intérêt pour nous. Les cas rares qui en ont été rapportés ne permettent pas, en effet, d'en tracer un tableau pathologique complet, et d'autre part nous n'avons que des renseignemens tout à fait insuffisans sur sa thérapeutique. C'est pourquoi je me bornerai à de très-courtes considérations.

L'hypertrophie du foie a été divisée en *générale* et en *partielle*, et l'on a recherché encore quel était le tissu particulièrement hypertrophié. C'est, d'après presque tous les auteurs, la partie granuleuse qui est le siége de cette lésion. Ces divisions, importantes sous le point de vue de l'anatomie pathologique, le sont très-peu sous le point de vue pratique.

Causes. Nous ne savons rien de positif relativement aux causes de cette lésion. Lorsque l'on a dit que l'hypertrophie était due à un afflux de sang trop considérable ou à une irritation nutritive, on n'a fait qu'émettre des hypothèses sans résoudre la question étiologique. On a, il est vrai, prétendu que les congestions sanguines répétées pouvaient se terminer par une véritable hypertrophie; mais on

n'a pas fourni des faits suffisans pour appuyer une semblable proposition.

M. Andral (*Anat. pathol.*, t. II) admet l'existence d'une cause générale chez les sujets *scrofuleux*, dont la glande hépatique reste anormalement développée, de même que les autres organes glandulaires. Cette assertion demande à être appuyée sur de nouvelles recherches. Enfin on a dit que les *affections du cœur*, des *voies respiratoires* et des *voies digestives* donnaient lieu aux cas les plus nombreux d'hypertrophie du foie; mais bien souvent on a évidemment pris pour une hypertrophie la congestion sanguine de longue durée que l'on observe fréquemment dans ces circonstances.

Symptômes. Quand on examine les observations, on voit que la *gêne*, la *pesanteur* déterminées dans l'hypochondre droit, par l'augmentation de volume de l'organe, et un certain degré d'*essoufflement*, sont les seuls symptômes qu'on puisse attribuer à l'hypertrophie du foie. Cependant il n'est pas rare de trouver des sujets qui, avec une augmentation de volume de cet organe, éprouvent quelques troubles digestifs, tels que *perte d'appétit* et *digestions laborieuses*, phénomènes qu'on ne peut rapporter qu'à l'état du foie, et qui se dissipent lorsque cet état a disparu; mais, en pareil cas, existe-t-il véritablement une lésion à laquelle on puisse donner le nom d'hypertrophie? Chez un sujet, M. Andral a noté l'existence de l'*ictère;* mais c'est là un cas qui n'est pas ordinaire, et l'on se demande si ce symptôme était réellement en rapport avec la lésion. Tous les autres phénomènes pathologiques peuvent être attribués aux diverses

maladies qui se montrent concurremment avec l'hypertrophie du foie.

La *marche* de cette affection est essentiellement chronique. Sa *durée* est illimitée, et il n'est aucun fait qui prouve qu'elle puisse par elle-même compromettre la vie des malades.

Les *lésions anatomiques* sont diverses, suivant que l'hypertrophie est générale ou partielle. Dans le premier cas, le foie peut être considérablement augmenté de volume, d'une part remonter au-dessus de la huitième côte, et de l'autre descendre jusqu'à l'ombilic et même jusqu'au bassin. En même temps cet organe conserve sa forme normale, ce qui est reconnu pendant la vie à l'aide de la palpation, de même que le développement de volume, du côté de la cavité thoracique, est apprécié par la mensuration et la percussion. Dans d'autres cas, c'est le grand lobe qui est considérablement hypertrophié, tandis que le lobe gauche conserve son volume, ou même est atrophié. D'autres fois enfin on a vu des portions limitées du foie hypertrophié former des tumeurs arrondies au niveau de l'épigastre ou d'une partie du grand lobe. Dans ces derniers cas, on a trouvé d'autres lésions dans l'organe, et principalement des kystes. « Quant au lobe de Spigel, dit M. Andral (*loc. cit.*, p. 592), je n'ai pas vu que l'observation confirmât ce qui a été dit sur son augmentation de volume, les autres lobes du foie n'étant pas hypertrophiés. »

Ordinairement le foie conserve sa fermeté normale; quelquefois cependant on l'a trouvé un peu ramolli.

Diagnostic. Il est très-difficile d'établir le *dia-*

gnostic de cette affection. Je me borne à dire que si, sans symptômes violens, un sujet s'offre à l'observation avec un foie développé d'une manière permanente, sans alternatives d'augmentation et de diminution, la forme de l'organe étant conservée, on peut soupçonner l'existence d'une simple hypertrophie. Mais on doit être très-réservé dans ce diagnostic, car les maladies chroniques qui peuvent donner lieu à une semblable augmentation de volume du foie ne sont pas assez bien connues pour que ces signes soient suffisans pour les exclure.

Quant au *traitement*, je ferai remarquer qu'on ne l'a pas étudié en l'appliquant à des cas bien caractérisés d'hypertrophie simple, et j'ajouterai seulement que, d'après les auteurs, il ne diffère pas sensiblement de celui de la congestion de longue durée, et qu'il consiste par conséquent dans des applications réitérées de *sangsues* à l'anus et sur l'hypochondre droit, en de légers *purgatifs* renouvelés à des intervalles de quelques jours, dans un *régime* assez sévère, et le *repos*. Cependant on sera autorisé à mettre en usage, dans la plupart des cas, les divers *remèdes fondans* indiqués à l'article de l'*Hépatite chronique*. Les *eaux minérales*, telles que l'eau de Vichy, de Néris, etc., en boisson et en bains, font ordinairement disparaître d'une manière rapide cet *engorgement du foie* avec troubles de la digestion, dont j'ai parlé plus haut, mais que, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas, d'une manière très-positive, rapporter à une véritable hypertrophie.

ARTICLE VI.

ATROPHIE DU FOIE.

L'atrophie du foie ne mérite pas des considérations plus étendues. Cette lésion a été étudiée avec un soin particulier sous le point de vue anatomique. On peut consulter sur ce sujet l'article de M. Cruveilhier sur les affections du foie, ainsi que le *Traité d'Anatomie pathologique* de cet auteur et la *Clinique médicale* de M. Andral. Mais, sous le point de vue pathologique, nous avons des données si incertaines, que tout ce qu'il est permis de dire, c'est que l'atrophie du foie se lie d'une manière presque constante, sinon constante, comme le pense M. Andral, à une hydropisie ascite. Si l'on voit survenir cette dernière affection chez un sujet sur lequel on constate à l'aide de la palpation, et surtout de la percussion, une diminution notable du volume du foie, on pourra penser à une atrophie; mais il ne faut pas oublier que cette atrophie peut résulter de la *cirrhose*, maladie sur laquelle nous nous étendrons plus longuement dans l'article suivant.

Faut-il maintenant parler de l'*étiologie*, des *lésions anatomiques*, de la *marche* de l'atrophie du foie? Je crois que ce serait entrer dans des détails inutiles. Nous venons de voir, en effet, que l'affection n'avait d'autre caractère pathologique que celui de produire l'ascite dont il sera question plus tard, et, d'un autre côté, il est universellement reconnu que l'atrophie du foie est au-dessus des ressources de l'art. Enfin, et c'est là une raison capitale pour nous, cette atrophie est ordinairement due à la

compression du foie par des tumeurs variées; elle ne constitue par conséquent qu'une lésion secondaire.

ARTICLE VII.

CIRRHOSE DU FOIE.

On chercherait en vain des descriptions de la cirrhose dans les ouvrages qui ont paru avant ces dernières années. Cette lésion du foie, qui est une cause fréquente de l'ascite, avait été méconnue ou confondue avec d'autres altérations jusqu'à Laennec. (*Voy.* Boulland; *Considér. sur un point d'anat. path. du Foie*, in *Mém. de la Soc. d'Émul.*, t. IX, 1826.) Cet auteur, le premier, a reconnu que, dans certains cas d'ascite, le foie présentait une altéraion toute particulière qu'il crut devoir regarder comme le résultat d'une production morbide. M. Boulland (*loc. cit.*) reprit la question sous le point de vue de l'anatomie pathologique, et plus tard M. Becquerel en a fait le sujet de recherches étendues. C'est à l'aide de ces travaux et de plusieurs observations inédites que je vais présenter les détails suivans.

Définition; synonymie; fréquence. On a dit que la cirrhose était caractérisée par un état particulier du foie qui donne aux tissus de cet organe l'aspect de la cire. Cette définition me paraît insuffisante, et je crois qu'il vaut mieux, avec M. Becquerel, définir la cirrhose une affection caractérisée anatomiquement par l'hypertrophie de la substance jaune du foie, ou, en d'autres termes, des granulations, coïncidant, à une époque avancée

de la maladie, avec une diminution générale du volume de cet organe. On a encore désigné cette affection sous le nom d'*état granuleux du foie*, et les Allemands lui donnent celui de *Muscatnussleber*. La *fréquence* de la maladie n'est point encore rigoureusement déterminée. Nous pouvons dire cependant que depuis qu'elle a été signalée on en a cité de nombreux exemples.

Causes. Suivant M. Becquerel (*Rech. anat. et path. sur la Cirrh. du Foie;* Archiv. gén. de Méd., mai et juin 1840), l'étiologie de la cirrhose ne serait pas aussi difficile qu'elle le paraît au premier abord. Voyons quelles sont les circonstances dans lesquelles elle s'est développée, suivant cet auteur et d'après le petit nombre d'observations que j'ai pu rassembler.

Causes prédisposantes. M. Becquerel a trouvé, relativement au *sexe*, que, sur soixante-trois cas, il y avait quarante hommes et dix-sept femmes; il en conclut que les hommes sont plus disposés à la cirrhose. Cependant on peut regarder ces chiffres comme étant encore insuffisans. Je trouve, dans cinq cas que j'ai réunis, trois femmes et deux hommes.

L'*âge* est très-variable; dans les observations rapportées par M. Becquerel, la maladie a été plus fréquente entre trente et quarante ans; dans celles dont je viens de parler, l'âge a varié entre trente-trois et soixante-neuf. Les enfans peuvent aussi être affectés de la cirrhose. MM. Baron et Ghérard en ont cité chacun un exemple.

La *constitution* n'a offert rien de particulier à M. Becquerel. Chez les sujets dont j'ai rassemblé les observations, la constitution était généralement

médiocre. Une *nourriture* mauvaise et des *excès* de toute espèce ont été mis au nombre des causes de cette maladie; mais l'insuffisance des chiffres ne permet pas de regarder cette assertion comme positive, surtout quand il s'agit d'individus observés dans les hôpitaux, et chez lesquels ces conditions hygiéniques sont si fréquentes. L'*habitation* d'un lieu bas, mal aéré, humide, a été assez fréquemment notée; mais, encore ici, devons-nous nous abstenir de conclure rigoureusement, par la même raison qui vient d'être indiquée.

Causes occasionnelles. Parmi les *causes déterminantes*, M. Becquerel a cité en première ligne les *affections du cœur*, et il a expliqué la production de la cirrhose comme une suite des *nombreuses congestions* qui surviennent dans le cours de ces affections. La moitié des sujets qu'il a observés présentaient une affection du cœur antérieure à la cirrhose. Dans les cinq observations déjà citées, on n'a noté qu'une seule fois un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, et ce rétrécissement n'était pas assez considérable pour occasionner une stase notable du sang dans le foie. De nouvelles recherches me paraissent nécessaires sur ce point.

L'*emphysème pulmonaire*, également signalé par cet auteur, n'aurait eu d'autre influence que de provoquer le développement de la maladie du cœur. Les réflexions précédentes s'appliquent par conséquent à cette affection.

Les *tubercules* n'ont pu être considérés comme donnant lieu à la cirrhose que dans six cas observés par M. Becquerel. Dans ceux que j'ai cités, on trouvait seulement une trentaine de petits tuber-

cules chez un sujet, et un seul chez un autre.

L'influence des maladies dont il vient d'être question ne paraît pas définitivement démontrée. Cependant il ressort de cette analyse qu'il est rare que la cirrhose survienne chez un individu qui n'est pas affecté d'une maladie étrangère au foie.

Les *affections morales* vives, qu'on aurait pu aussi étudier dans les causes prédisposantes, méritent une mention à cause de leur action bien connue dans la production de l'ictère. Chez deux des sujets dont j'ai l'observation sous les yeux, des chagrins très-vifs ont été suivis immédiatement du début de la maladie. Cette cause ne s'est reproduite que chez deux des malades dont parle M. Becquerel, en sorte qu'en somme la proportion est minime.

Enfin j'indiquerai seulement les *grandes fatigues* corporelles et les *affections du tube digestif*. Les premières n'ont existé que très-rarement, et les secondes se sont montrées presque toujours après le début de la maladie du foie.

Symptômes. Pour tracer la description de la cirrhose, M. Becquerel a divisé cette affection en deux espèces, qui sont : la *cirrhose aiguë* et la *cirrhose chronique*. Mais il s'est borné, pour faire connaître la première, à en citer un exemple, et, dans ce cas, sauf la marche rapide de la maladie, et une douleur de l'hypochóndre un peu plus considérable qu'on ne la rencontre ordinairement, il n'y a eu rien de particulier. Je me contenterai donc d'une description générale, car il suffit d'avoir attiré l'attention sur cette marche rapide de l'affection dans quelques cas.

Début. Le début n'est ordinairement annoncé que par un peu de malaise; quelquefois il est marqué par un sentiment de gêne plutôt que de douleur dans la région hépatique, et assez fréquemment les malades n'en ont aucune conscience; de telle sorte qu'ils ne commencent à s'apercevoir de leur état de maladie que lorsque l'ascite apparaissant, leurs vêtemens deviennent trop serrés. Quelques troubles digestifs, et principalement une diminution plus ou moins notable de l'appétit, peuvent aussi coïncider avec l'apparition de l'affection hépatique.

Lorsque la maladie est confirmée, on observe les *symptômes* suivans : Une *douleur* qui est loin d'être fréquente est ressentie par quelques individus, soit dans la région du foie, soit dans les lombes, soit, ce qui est plus rare, dans une partie de l'abdomen rapprochée de l'ombilic. Ce symptôme n'a existé que deux fois dans les cas que j'ai rassemblés, et bien plus rarement encore dans ceux dont M. Becquerel a donné l'analyse. La douleur s'est toujours montrée faible et sourde; la *pression* n'en a jamais réveillé aucune dans la région du foie, à moins de complication.

D'après les recherches de M. Becquerel, le foie peut être *augmenté de volume* à une époque peu éloignée du début. Dans les cas que j'ai rassemblés, cet organe présentait un volume notablement au-dessous de l'état normal, sans doute parce que la maladie était arrivée à une période avancée. Au reste, cette augmentation passagère du volume n'est jamais très-considérable; elle ne saurait en imposer pour une des affections chroniques dont je parlerai plus loin, et dans lesquelles le foie devient énorme.

Il résulte de là que la *palpation* ne fournit que des caractères négatifs. De quelque manière, en effet, qu'on la pratique, lorsque l'affection a une certaine durée, et quand même l'ascite ne s'opposerait pas, dans plusieurs cas, à ce qu'elle fût exercée convenablement, on ne sent sous les fausses côtes ni résistance ni tumeur.

A l'aide de la *percussion*, on peut parfois constater la diminution du volume du foie. C'est ainsi que, dans un cas qui m'a été communiqué par M. Cossy, la matité déterminée par cet organe ne s'élevait que jusqu'à la septième côte.

L'*ictère*, dit M. Becquerel, est très-rare dans la cirrhose; mais cet auteur fait remarquer qu'il existe fréquemment une *coloration particulière* de la peau qu'il décrit ainsi : « Cette coloration de la peau, plus caractérisée à la face et au cou que dans les autres parties, est constituée par une teinte jaunâtre légèrement terreuse, qui, à peine sensible et d'une nuance légère dans quelques cas, peut, dans d'autres cas au contraire, acquérir un haut degré d'intensité, et donner à la face surtout une teinte légèrement cuivreuse, qui se rapproche de l'ictère, auquel on peut, jusqu'à un certain point, l'attribuer, puisque le fond des conjonctives est un peu jaune. » Il est fâcheux que M. Becquerel ne nous ait pas indiqué la proportion exacte des cas où se produit cette coloration. Dans ceux que j'ai rassemblés, elle s'est montrée deux fois ; dans deux autres, elle a complétement manqué, et chez le cinquième sujet il existait un véritable *ictère jaune-verdâtre*, assez intense, occupant les sclérotiques aussi bien que toutes les autres parties du corps. La coloration

particulière décrite par M. Becquerel ne me paraît être autre chose qu'un ictère très-léger, et que par conséquent on doit rechercher très-attentivement.

L'*ascite* est un des phénomènes les plus remarquables qu'on observe dans le cours de la cirrhose. D'après les observations de M. Becquerel, elle ne se produit que lorsque l'affection est parvenue à une époque assez avancée; mais à cette époque elle est constante. C'est ce qui a été noté dans les observations que j'ai sous les yeux, et où, comme je l'ai dit plus haut, la cirrhose présentait toujours la forme chronique. Lorsque l'ascite est due uniquement à l'altération du foie, elle est remarquable en ce qu'elle se produit avant l'*œdème des membres inférieurs;* c'est ce qui a été noté dans les cas que j'ai rassemblés. En outre, ce n'est qu'au bout d'un temps quelquefois assez long que les jambes commencent à s'œdématier. Leur infiltration peut même rester peu considérable, et n'être nullement en rapport avec l'abondance de l'épanchement dans la cavité péritonéale. Lorsqu'il existe d'autres lésions qui donnent lieu à l'anasarque, comme les affections du cœur ou des reins, les choses peuvent se passer différemment; mais alors on trouve dans les symptômes propres à ces maladies la raison de cette anomalie apparente. L'ascite ne présente, du reste, rien de spécial dans ces cas que je rappellerai à l'article *Hydropisie.*

Une particularité que M. Becquerel n'a pas mentionnée, et qui cependant a une très-grande importance, c'est la présence sur l'abdomen de *veines dilatées et sinueuses* extrêmement apparentes. Elles ont été décrites dans trois des cinq cas que j'ai déjà

indiqués, et, dans les deux autres, on a peut-être oublié de les rechercher. J'insiste sur ce point, parce que, dans le diagnostic de l'*ascite*, j'aurai à le rappeler. Chez un sujet, la dilatation veineuse se montrait dans toute l'étendue de l'abdomen, y compris l'épigastre.

Dans les premiers temps, la *face* peut rester naturelle. A une époque plus avancée, outre la coloration dont il a été question plus haut, elle offre un amaigrissement notable, elle est ridée et grippée. Les *membres supérieurs* participent à l'amaigrissement général; et comme ils n'offrent pas d'infiltration, il existe une disproportion frappante entre leur volume, celui de l'abdomen et des muscles inférieurs.

Dans les premiers temps, l'*appétit* ne subit qu'une diminution peu considérable, ou même est conservé. A une époque avancée, il est notablement diminué, ou même il existe une anorexie complète. Des *vomissemens* muqueux ou bilieux, des *éructations* gazeuses se montrent dans un certain nombre de cas; mais il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire quel est le rapport de ces symptômes avec l'affection hépatique. La *soif* est toujours modérée; la bouche reste naturelle, si ce n'est vers les derniers jours et lorsque l'agonie commence; car alors la *langue* devient souvent rouge et sèche, ou couverte d'un enduit épais. La *constipation* est rare, d'après les observations de M. Becquerel; mais ce symptôme n'a pas été étudié d'une manière assez précise dans son Mémoire. Il arrive sans doute assez souvent qu'un *dévoiement* léger survient, soit par suite d'une complication, soit parce qu'il a été pro-

voqué par les purgatifs. Sauf ces cas, on peut dire que la constipation est un phénomène constant; et si, chez un sujet, M. Becquerel a constaté que les selles sont restées naturelles dans tout le cours de la maladie, on doit regarder ce fait comme exceptionnel. A une époque très-rapprochée de la terminaison fatale, les selles deviennent involontaires dans un assez bon nombre de cas.

Les *urines* présentent des caractères particuliers. « Elles sont, dit M. Becquerel (*loc. cit.*), d'une couleur jaune orangé très-foncé et souvent rougeâtres, très-denses, fortement acides, et chargées d'une quantité anormale d'urate acide d'ammoniaque, qui se précipite soit spontanément par le refroidissement, soit par l'addition d'une petite quantité d'acide nitrique. » Dans les cas que j'ai sous les yeux, ces caractères des urines ont été constatés alors même qu'il n'y avait pas de coloration jaune de la peau, et en même temps on s'est assuré, en soumettant le liquide à l'action de la chaleur, qu'il ne contenait pas d'albumine.

La *respiration* n'est point gênée dans les cas où l'ascite n'est pas considérable et où il n'existe point de complication. Le *pouls* varie de 60 à 100 pulsations, et n'acquiert ce dernier degré de fréquence qu'à une époque voisine de l'agonie; il peut alors devenir irrégulier et inégal.

La *chaleur de la peau* reste normale dans le plus grand nombre de cas. Quelquefois on a noté un *refroidissement*, mais ce n'est que dans les derniers temps de la maladie. Un phénomène plus remarquable, c'est la *sécheresse de la peau*, qui a été notée par M. Becquerel, et que je retrouve dans mes

observations. Dans un cas recueilli par M. Cossy dans le service de M. Louis, il n'y avait *pas la moindre trace de sueur,* même sous les aisselles. On administra des sudorifiques et l'on tripla les couvertures du malade, sans pouvoir produire la moindre moiteur. C'est là évidemment un symptôme important. La peau est en même temps rugueuse et a l'aspect terreux, au moins dans un bon nombre de cas.

Lorsque l'affection touche à sa fin, on note, chez beaucoup de malades, un anéantissement complet, avec trouble des fonctions intellectuelles, et l'agonie dure ordinairement plusieurs heures.

Marche; durée; terminaison. D'après les observations de M. Becquerel, la *marche* de la maladie est continue, et il est extrêmement rare de rencontrer des rémissions. C'est en effet ce qui a été noté dans les observations particulières que j'ai indiquées. Une fois l'ascite produite, on observait une augmentation constante de tous les symptômes, et si l'on pratiquait la paracentèse, l'hydropisie ne tardait pas à se reproduire aussi abondante qu'auparavant.

La *durée* de la maladie est, dans presque tous les cas, considérable; cependant, dans quelques cas, on voit les symptômes marcher rapidement, même alors que les lésions ont un caractère de chronicité non douteux. C'est ainsi qu'un sujet observé par M. Cossy, dans le service de M. Louis, à l'hôpital Beaujon, a succombé deux mois après l'époque à laquelle il faisait remonter les premiers symptômes. Mais il faut remarquer qu'en pareil cas le premier phénomène apparent est l'ascite, et que

sans aucun doute la lésion du foie est beaucoup plus ancienne. D'après les observations que nous possédons, la durée est de cinq ou six mois à un an et plus. Nous avons vu plus haut que, suivant M. Becquerel, il existe une *cirrhose aiguë* dont les périodes sont beaucoup plus courtes; mais il est bien rare qu'en cet état la maladie occasionne par elle-même la mort, et le plus souvent, il faut le reconnaître, cette cirrhose aiguë n'est qu'un premier degré de la maladie.

Dans tous les cas bien connus, la *terminaison* a été fatale.

Lésions anatomiques. J'exposerai rapidement les altérations anatomiques. Nous avons vu qu'avant Laennec on regardait ces altérations comme de nature tuberculeuse; cet auteur ayant démontré qu'elles étaient d'une nature tout à fait différente, en a tracé une description détaillée. Il décrit, en effet, une cirrhose en masse, une cirrhose en plaques, et une cirrhose en kystes. Mais les investigations ultérieures ont montré que ces diverses formes générales n'avaient pas une grande importance, et que le point essentiel est le développement des granulations.

Ces granulations, d'après M. Andral, sont formées par l'hypertrophie de la substance blanche du foie, en même temps que la substance rouge est atrophiée.

M. Becquerel a adopté cette opinion; mais, d'après M. Cruveilhier, ce ne serait pas toute la substance blanche ou jaune du foie qui serait hypertrophiée, et il n'y aurait que quelques granulations qui prendraient un volume considérable, tandis que d'autres

s'atrophieraient. Les documens sur ce point ne sont pas assez précis pour qu'on puisse se prononcer. Contentons-nous donc d'exposer, d'après les recherches de M. Becquerel et d'après ce que nous avons trouvé dans nos observations, l'état des granulations hypertrophiées et celui du tissu qui les entoure, ainsi que la forme générale du foie.

M. Becquerel a observé que dans le premier degré de la cirrhose, le foie acquiert un volume plus grand qu'à l'état normal. A cette époque aussi l'organe est congestionné. Dans les observations que j'ai sous les yeux, jamais cet état ne s'est présenté. Plus tard le foie est, au contraire, diminué de volume; il a une couleur jaune-foncée, cuir de botte; à sa surface externe, on voit, au-dessous du péritoine, des granulations volumineuses formant comme des mamelons juxta-posés, et dont le diamètre peut s'élever à 4, 5 ou 6 millimètres. Lorsque leur volume est aussi considérable, ces espèces de mamelons sont comme tassés. On en trouve un bon nombre qui sont déformés par suite de la pression qu'ils ont exercée les uns sur les autres; mais on n'en trouve pas de très-petits à côté d'autres volumineux, comme cela devrait être d'après la manière de voir de M. Cruveilhier. Cependant on a cité des cas où le foie était notablement déformé, et présentait à l'extérieur de larges saillies séparées par des intersections plus ou moins profondes: peut-être cet état est-il dû à cette atrophie partielle dont parle l'auteur que je viens de citer. Mais il faut prendre garde aussi de confondre avec la cirrhose une simple atrophie du foie, comme cela a été fait quelquefois. Une déformation sem-

blable peut, en effet, se montrer dans l'atrophie, et l'état seul des granulations, volumineuses dans la cirrhose, très-petites dans l'atrophie, peut éclairer l'observateur. Dans quelques cas rares, enfin, comme on en trouve un exemple dans un des cas rapportés par M. Andral, on rencontre une véritable destruction d'un certain nombre de granulations qui semblent avoir été énucléées, et qui laissent des vacuoles disséminées dans le foie, tandis qu'aux environs les granulations sont entassées dans un espace trop petit pour les contenir.

Les divers états que je viens de décrire correspondent aux trois degrés admis par les auteurs.

Le tissu qui environne les granulations, c'est-à-dire la substance rouge, la partie éminemment vasculaire du foie, s'atrophie au contraire d'une manière évidente, de telle sorte qu'entre les granules elle n'a plus que l'épaisseur d'une mince pellicule. On peut s'en convaincre facilement en énucléant les granulations, ce qui est toujours facile lorsqu'elles ont atteint un volume considérable. Il reste alors une cavité arrondie dont les parois lisses sont si minces et si transparentes qu'elles laissent apercevoir les granulations voisines. C'est avec une peine extrême qu'on parvient à y découvrir quelques vaisseaux rares et de la plus grande ténuité.

La vésicule et les conduits biliaires ne présentent rien de particulier à noter. Dans les cas où le foie a subi une déformation considérable, il n'est pas rare de voir, à sa surface, des brides qui l'unissent à la paroi abdominale et au diaphragme; c'est dans les intersections que ces brides viennent s'insérer. Enfin on trouve dans le cœur, les poumons, etc.,

les traces des diverses maladies complicantes mentionnées plus haut. Mais ce n'est pas ici le lieu de s'en occuper.

En résumé donc, les lésions essentielles de la cirrhose sont : l'hypertrophie de la substance jaune et l'atrophie de la substance rouge. Mais comment se produisent-elles ? Je crois devoir examiner rapidement cette question, à cause de son importance. Laennec pensait qu'il y avait dépôt d'une matière de nouvelle formation. M. Boulland a avancé qu'il y avait une dissociation des élémens du foie ; mais ces deux opinions sont aujourd'hui abandonnées. MM. Andral et Cruveilhier se contentent de signaler l'hypertrophie, et M. Becquerel seul cherche à expliquer comment ce développement se produit. Suivant lui, le tissu jaune s'infiltre d'une matière jaunâtre albumino-fibreuse analogue aux pseudo-membranes molles, albumineuses et blanchâtres, que l'on rencontre dans les épanchemens des membranes séreuses. C'est de cette hypertrophie que résultent la compression et l'atrophie de la substance rouge ; plus tard, la matière albumineuse qui infiltre les granulations perd une partie de l'eau qu'elle contenait, se contracte, et la granulation diminue de grosseur, ce qui explique comment, dans les premiers temps, l'organe avait augmenté de volume et avait conservé sa consistance naturelle, ou bien s'était montré un peu ramolli, tandis que plus tard il a perdu de son volume et a acquis une fermeté plus grande.

Dans les observations que j'ai sous les yeux, il est une circonstance qui empêche de regarder cette théorie comme parfaitement démontrée ; c'est que

les granulations ont toujours paru d'autant plus volumineuses, que la maladie était plus avancée, et c'est un reproche que l'on doit adresser à M. Becquerel, de n'avoir pas comparé l'étendue des granulations dans ce qu'il appelle le premier degré de la maladie, et dans le deuxième et le troisième degrés. Cette négligence ôte à sa manière de voir beaucoup de sa valeur.

Je terminerai en faisant remarquer la compression et l'oblitération des petits vaisseaux composant la substance rouge, ce qui explique d'une part la production de l'ascite, et de l'autre la dilatation des veines qui rampent sur l'abdomen, car la gêne de la circulation doit être, en pareil cas, très-considérable.

Diagnostic. Le diagnostic a été établi d'une manière précise par M. Becquerel; aussi ne saurais-je mieux faire que de lui emprunter presque complétement cette partie de la description de la cirrhose.

Cet auteur distingue d'abord la cirrhose de l'*hydropisie enkystée des ovaires*, aux signes suivans : cette dernière maladie, ayant son siége dans les ovaires, ne se développe que chez les femmes; la tuméfaction du ventre est plus lente, et les parois de cette cavité présentent une forme différente de celle qui est propre à l'ascite. J'ajoute qu'à l'aide de la percussion on limite le kyste, et l'on s'assure qu'il n'existe pas un épanchement dans le péritoine lui-même. C'est, au reste, un point sur lequel je reviendrai plus tard. En outre, on ne trouve ni la coloration particulière de la peau indiquée plus haut, ni la couleur jaune-orangée, ni le dépôt briqueté des urines.

La *péritonite chronique* se distingue par les dou-

leurs abdominales spontanées ou à la pression ; par l'absence de la coloration dont j'ai déjà parlé ; par la fièvre hectique et par les signes de tubercules pulmonaires ; car, comme on le sait, la péritonite chronique est due à la présence des granulations tuberculeuses dans la membrane péritonéale. Cependant il ne faudrait pas donner trop de valeur à ce signe, parce que la péritonite peut exister à un degré très-marqué, les granulations tuberculeuses n'étant pas assez abondantes dans le poumon pour donner lieu à des symptômes appréciables. Je dois ajouter que la fluctuation abdominale n'est pas, en pareil cas, aussi caractérisée que lorsqu'il existe une ascite dépendant de la cirrhose, et je ne dois pas oublier de présenter ici la remarque suivante, faite par M. Louis (*Recherch. sur la Phthisie*, 2e éd., p. 295) : « On voit, dit cet auteur, survenir dans la péritonite chronique un retrait plus ou moins rapide ou lent de l'épanchement, à la suite duquel le ventre, légèrement et universellement météorisé, laisse apercevoir les circonvolutions de l'intestin distendues par suite de la difficulté avec laquelle les matières qu'il contient en parcourent les sinuosités. » Nous savons que rien de semblable ne s'observe dans la cirrhose, et qu'au contraire l'ascite fait des progrès continuels.

L'*hépatite chronique* a pour caractères un développement notable du foie et une douleur beaucoup plus constante et plus marquée que celle de la cirrhose. En même temps on observe un certain mouvement fébrile, et enfin l'ascite manque : c'est plus qu'il n'en faut pour établir le diagnostic d'une manière précise.

Je donnerai le diagnostic de la cirrhose et du *cancer du foie* dans un des articles suivans.

Reste une affection dont M. Becquerel n'a pas parlé, et qui est cependant importante : c'est l'*ascite due à l'oblitération des grosses veines.* Il est d'autant plus nécessaire d'en tenir compte, que, dans l'affection du foie dont il s'agit ici, on trouve assez souvent, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, des veines dilatées rampant dans la paroi abdominale. Je dois donc noter ce fait, me réservant d'y revenir quand je traiterai de l'ascite.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de l'hydropisie enkystée des ovaires et de la cirrhose.*

CIRRHOSE.	HYDROPISIE ENKYSTÉE DES OVAIRES.
Plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.	N'attaque nécessairement *que les femmes*.
Coloration particulière de la peau.	*Pas de coloration particulière* de la peau.
Urines *jaunes-rougeâtres*, avec sédiment briqueté.	Urines *naturelles*.
Tuméfaction *plus rapide* du ventre.	Tuméfaction *plus lente* de l'abdomen.
Abdomen *uniformément développé*.	Forme particulière du ventre ; *ovaires développés*, limités par la *percussion*.

2°. *Signes distinctifs de la péritonite chronique et de la cirrhose.*

CIRRHOSE.	PÉRITONITE CHRONIQUE.
Coloration particulière de la peau.	*Pas de coloration particulière*.
Fièvre *peu notable ou nulle*, à moins de complications.	*Fièvre hectique*.
Douleurs de ventre *nulles*.	*Ventre douloureux* spontanément et à la pression.
Pas de signes de tubercules, à moins de complications.	*Signes de tubercules* pulmonaires (signe douteux).
L'ascite fait des progrès *continuels*.	*Retrait de l'épanchement ;* météorisme ; les *circonvolutions de l'intestin deviennent ensuite visibles*.

3°. *Signes distinctifs de l'hépatite chronique et de la cirrhose.*

CIRRHOSE.	HÉPATITE CHRONIQUE.
Foie *ne déborde pas* les côtes.	Foie *déborde* notablement les côtes.
Douleur *nulle* ou très-légère.	*Douleur ou gêne* plus constante et plus marquée.
Fièvre *nulle* ou très-légère.	*Mouvement fébrile* plus constant et plus marqué.
Ascite.	*Pas* d'ascite.

Pronostic. Il est presque inutile de parler du pronostic, puisque nous avons vu plus haut que la terminaison de la maladie a été constamment fatale dans les cas bien déterminés. Peut-être plus tard, le diagnostic faisant de nouveaux progrès, arrivera-t-on à quelque autre conclusion; mais c'est là ce qui résulte des faits aujourd'hui connus. Tout ce que je dois dire ici, c'est que la gravité des complications et la rapidité avec laquelle se reproduit l'ascite après la ponction, sont des signes pronostiques dont il faut tenir compte.

Traitement. De quelque manière qu'on ait étudié le traitement, on a été forcé de reconnaître qu'aucun des moyens employés n'avait réussi à arrêter la marche de la maladie. Il résulte même des observations que les principaux symptômes n'ont subi aucun amendement sous l'influence des médications mises en usage. Ce que nous avons à faire ici, c'est donc de mentionner les remèdes prescrits pour remplir les indications que chacun a cru trouver dans les phénomènes morbides.

On a appliqué des *sangsues* à l'anus et sur la région du foie; on a couvert cette partie de *vésicatoires*, on y a placé des *cautères*. Les *diurétiques*, tels que le *sirop de pointes d'asperges*, la *digitale*,

le *nitrate de potasse*, etc., ont été prescrits sans diminuer en rien l'hydropisie. Il en a été de même des *purgatifs répétés*, qui ont l'inconvénient d'affaiblir le malade. On a rarement donné les divers médicamens désignés sous les noms de *désobstruans* et de *fondans;* cependant c'est à eux que le praticien devra principalement recourir; mais je ne crois pas devoir les indiquer, parce qu'on les trouvera exposés à l'article *Hépatite chronique*. (*Voy.* p. 180 et suiv.)

Lorsque la tuméfaction du ventre est considérable et que la respiration est gênée, on pratique la *paracentèse*, sur laquelle j'insisterai à l'article *Ascite;* mais l'épanchement péritonéal ne tarde pas à reparaître, et l'on est obligé de recourir plusieurs fois à cette opération, sans autre profit qu'un soulagement passager. Chez un sujet observé par M. Cossy, une hernie inguinale était chassée invinciblement au dehors dès que le péritoine s'emplissait. Dans les cas de ce genre, on doit pratiquer la ponction plus tôt que dans les autres, pour prévenir l'engouement intestinal. Il serait inutile d'insister davantage sur ce traitement qui exige des recherches nouvelles.

ARTICLE VIII.

ÉTAT GRAS; EMPHYSÈME; CONCRÉTIONS BILIAIRES; MASSES ADIPOCIREUSES; TISSU ÉRECTILE; MASSES MÉLANIQUES DU FOIE.

Avant d'aborder l'histoire du cancer du foie, je dirai un mot de quelques altérations sur lesquelles je glisserai très-rapidement, parce qu'elles n'ont

point d'importance pratique. Je commencerai par l'*état gras* du foie, qui se rencontre particulièrement, comme on le sait, dans les cas de tubercules, et que quelquefois aussi, quoique bien rarement, on trouve dans des circonstances différentes. M. Louis n'a trouvé cette altération que quatre fois chez des sujets non tuberculeux, et M. Cossy en a recueilli deux exemples à l'hôpital Beaujon chez deux femmes, l'une morte en couches, et l'autre à la suite d'une perforation de l'utérus et de la vessie, résultant d'un cancer de la matrice.

1°. La *transformation graisseuse du foie* ne donne pas lieu à des symptômes particuliers, et, ainsi que l'a remarqué M. Louis, elle se manifeste avec conservation du volume et conservation de la forme de l'organe. Elle n'a jamais occasionné la mort par elle-même, et l'on ne sait rien sur son traitement. C'est donc assez nous en occuper; et il suffit de renvoyer, pour plus de détails, au chapitre *Appareil biliaire* des *Recherches* de M. Louis *sur la Phthisie* (2e édit., p. 116.)

2°. L'*emphysème du foie* n'a pas d'intérêt plus grand pour le praticien, quoiqu'il ne paraisse pas douteux, d'après les observations de M. Louis, et d'après deux cas recueillis par M. Cossy, que cette lésion peut se produire pendant la vie. On trouve, en pareil cas, le foie léger, surnageant, comme le poumon, quand on le met dans l'eau, et formé de vacuoles dont la plupart sont pleines d'air. Dans un des cas observés par M. Cossy, et qui eut lieu chez un sujet empoisonné par l'acide nitrique, il y eut un *ictère*, symptôme qui parut en rapport avec la lésion de la glande hépatique.

3°. Les *concrétions biliaires* ou d'une autre nature, comme M. Mérat en a cité des exemples; les *amas de substance adipocireuse;* la formation d'un *tissu érectile* dans le foie; le développement de la *substance mélanique*, sont encore des lésions qu'il suffit d'indiquer dans un ouvrage de la nature de celui-ci. Elles n'ont, en effet, été étudiées que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, et c'est en vain que l'on voudrait tracer d'une manière précise la description des symptômes auxquels elles peuvent donner lieu.

ARTICLE IX.

CANCER DU FOIE.

Cette affection, dit J. Frank (*Prax. med.*, pars. III, vol. II, sect. 2; *de Morb. carcin. hepat.*, cap. VIII), n'était point inconnue à l'antiquité; mais on en reléguait la description dans le traité de l'hépatite ou de l'ictère. Nous devons ajouter qu'avant les travaux de Schilling (*Dissert. de Hep. scirrho;* 1610. Lips.), de Fréd. Hoffmann (*Diss. de Scirrho hepat.;* Halæ, 1722), d'Alberti, et surtout avant les recherches plus récentes de Bayle (*des Malad. cancér.;* Paris, 1811), et de MM. Andral et Cruveilhier (*Anat. pathol.*), le carcinome du foie constituait une des nombreuses affections chroniques décrites d'une manière générale sous les noms d'*engorgemens*, d'*obstructions*, etc. C'est donc aux travaux modernes que j'aurai recours; mais je ne m'en tiendrai pas là, et je réunis un certain nombre d'observations qui me paraissent propres à éclaircir quelques-unes des

questions qui pourraient paraître encore douteuses, malgré les travaux de ces auteurs.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Il semble inutile de définir le cancer du foie, l'affection cancéreuse étant le résultat d'une production toute particulière. Mais quelques auteurs, et en particulier J. Frank, ayant voulu qu'on désignât sous le nom de *cancer* ou de *maladies carcinomateuses* les dégénérescences les plus variées, il importe de dire que nous n'entendons décrire sous ce titre que les dégénérescences squirrheuses et encéphaloïdes. D'après quelques observateurs, il faudrait traiter à part de ces deux espèces de productions morbides, le squirrhe étant, suivant eux, tout à fait différent du cancer cérébriforme; mais en admettant même que les anatomo-pathologistes, qui prétendent que le squirrhe ne peut pas, en se ramollissant, se transformer en matière encéphaloïde, aient démontré l'exactitude de leur proposition mieux qu'ils ne l'ont fait, nous ne pourrions pas adopter cette division, parce qu'il est positif que, sous le rapport des symptômes, de la marche de la maladie et de sa terminaison constamment funeste, on n'a rien indiqué de propre à l'une de ces deux dégénérescences.

Le cancer du foie a été encore désigné sous les noms de *carcinôme*, d'*affection carcinomateuse du foie*, de *squirrhe*, de *fongus*.

On a dit que le cancer du foie était l'affection la plus fréquente de cet organe. En admettant que l'*ictère simple* ne soit pas une affection du foie, et en mettant de côté l'*état gras* de cet organe qui

se montre bien plus souvent, on pourrait peut-être soutenir cette proposition; mais il y aurait encore, à cet égard, une distinction importante à faire. Il est, en effet, infiniment rare que le foie soit primitivement affecté de cancer; il ne l'est, dans la très-grande majorité des cas, que consécutivement au développement d'une autre affection carcinomateuse ayant son siége dans un autre organe, et généralement dans l'estomac. C'est ce dont on peut s'assurer en lisant les observations publiées, et entre autres celles de M. Andral. « Sur cinquante-cinq cas de cancer que j'ai réunis, dit M. Louis (*Notes inédites sur le Cancer*), il en est dix dans lesquels on a trouvé des tumeurs de cette nature dans le foie ou à sa surface. Dans tous ces cas, il y avait une altération cancéreuse dans d'autres organes, et ordinairement dans l'estomac (six fois sur dix); et ce qu'il y avait de remarquable, c'est que le cancer était manifestement plus avancé dans ce dernier organe que dans le foie. Si donc le cancer se développe quelquefois primitivement dans la glande hépatique, c'est un fait rare et qui est contraire à la règle générale. » J'ai cru devoir insister sur ce point, parce qu'il est important, comme on le verra plus tard, pour le diagnostic.

§ II. — Causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Nous n'avons, comme on a pu très-bien le prévoir, que des indications extrêmement vagues sur l'étiologie du cancer du foie. Bornons-nous donc à mentionner les principales circonstances énoncées

par les auteurs, sans y attacher une très-grande importance.

D'après un relevé fait par M. Heyfelder (*Studien im. Geb. der Heilw.*; Stuttgard, 1838, t. I[er]), c'est de *quarante à soixante-dix ans* que la maladie se montrerait le plus fréquemment; mais les chiffres ne sont pas suffisans pour indiquer ces limites d'une manière précise. Contentons-nous de remarquer que, comme pour les autres cancers, celui du *foie* attaque les individus avancés en âge.

Nous sommes un peu mieux fixés sur l'influence du *sexe*. Sur *trente-sept cas*, Heyfelder a trouvé vingt-quatre hommes et treize femmes, et il s'étonne de ce résultat, parce que, dit-il, le cancer attaque plus souvent les femmes que les hommes. Mais en réalité ce résultat n'a rien qui doive surprendre; il confirme au contraire des faits bien connus, et entre dans la règle générale. Si le cancer est plus fréquent chez la femme, c'est parce que cette affection atteint l'utérus dans une très-grande proportion des cas; mais on n'en peut rien conclure relativement aux autres cancers. Si nous nous rappelons, en effet, ce qui a été dit à ce sujet sur le cancer de l'estomac (*voy.* t. V, p. 221), nous remarquerons que les hommes y sont notablement plus exposés que les femmes, et c'est là ce qui nous explique la plus grande fréquence chez eux du cancer du foie, puisque, comme nous l'avons déjà dit, l'affection cancéreuse de ce dernier organe est, dans le plus grand nombre des cas, une conséquence du développement de la même maladie dans le premier.

Relativement aux *conditions hygiéniques*, à la

constitution, et aux *autres circonstances* regardées comme prédisposantes, telles que les *chagrins prolongés*, etc., je me borne à renvoyer à ce qui a été dit à propos du cancer de l'estomac.

2°. *Causes occasionnelles.*

Je ne crois pas devoir entrer dans de grands détails relativement aux causes occasionnelles. Qu'il me suffise de dire qu'on a cité, comme pouvant produire le cancer, les *violences externes* sur l'hypochondre droit, les *fièvres intermittentes* (Van Swieten), les *pertes de sang* très-abondantes (Haller, *Prelim. physiol. stud.*), la *suppression des divers exutoires*, etc. etc. Aucune de ces assertions n'est fondée sur des observations concluantes. Les *écarts de régime*, et en particulier l'*abus des boisssons alcooliques*, ont aussi pris place dans cette étiologie, et les Anglais, dit J. Frank (*Prax. med.; de Morb. carcin. hepat.;* Lipsiæ, 1843) appellent le squirrhe du foie, *Wiskey liver;* mais toutes ces assertions sont sans importance. Il en est de même de l'opinion qui regarde comme possible la dégénérescence d'une *simple inflammation* en cancer; c'est un point sur lequel j'ai eu l'occasion de me prononcer plusieurs fois, et sur lequel il serait par conséquent inutile de revenir ici.

§ III. — Symptômes.

De cette circonstance que le cancer du foie est très-rarement primitif, et qu'il existe presque toujours une affection de l'estomac de même nature, il résulte que les symptômes qui lui sont propres sont très-difficiles à démêler.

Début. On a dit que le cancer du foie débutait

ordinairement par des troubles marqués du côté du tube digestif, tels que la perte de l'appétit, ou un appétit bizarre, des éructations gazeuses, des digestions laborieuses, etc. Mais il est évident que ces symptômes appartiennent non à l'affection du foie, mais à la maladie concomitante de l'estomac; et ce qui le prouve, c'est que, dans les cas où le tube digestif était sain, comme on en voit un exemple dans le premier cas cité par M. Andral (*Clin. méd.*, t. II, observ. XXXIIe), les fonctions de l'estomac peuvent rester intactes jusqu'à une époque très-avancée de la maladie. Un fait dont j'ai entendu récemment lire les détails à la *Société d'Observation* vient confirmer cette proposition, dont la vérité n'a pas frappé les auteurs. Chez un sujet qui a présenté après la mort un nombre considérable de masses cancéreuses dans le foie, le canal intestinal et l'estomac n'offrant rien de semblable, les fonctions digestives sont restées intactes jusqu'à une époque voisine de la mort.

Il résulte de l'examen des faits que j'ai rassemblés, que le cancer du foie, dans les cas rares où il est simple et primitif, débute d'une manière latente, et peut avoir fait de très-grands progrès avant que son existence ait été manifestée par aucun signe, si ce n'est parfois une gêne plus ou moins marquée dans l'hypochondre droit. Il peut même arriver que ce *début latent* ait lieu dans des cas où le cancer du foie et le cancer de l'estomac sont réunis; j'en ai sous les yeux un exemple recueilli par M. Cossy, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis.

A une époque très-variable de la maladie, il survient, dans un certain nombre de cas, mais non

dans tous, de la *douleur* dans l'hypochondre droit. Cette douleur est très-variable quant à sa forme; c'est tantôt une douleur contusive; tantôt et plus fréquemment une douleur lancinante, qui, partant de l'hypochondre droit, s'irradie en divers sens; tantôt enfin des pincemens violens, etc. Les mouvemens augmentent parfois cette douleur d'une manière très-notable, et la *pression* l'exaspère constamment. Chez quelques sujets, au contraire, il n'existe aucune espèce de douleur, soit spontanément, soit à la pression, à aucune époque de la maladie. Il faut dire cependant que les cas de ce genre sont rares, quoiqu'il soit impossible de préciser la proportion des cas dans lesquels l'affection est ainsi indolente. Il est très-difficile de dire si la douleur appartient au développement du cancer lui-même ou au développement de la *péritonite partielle* qui se produit fréquemment au niveau des tumeurs cancéreuses; l'attention des observateurs n'a pas, en effet, été attirée sur ce point, et les complications signalées plus haut rendent ces recherches difficiles. Il est probable que ces deux sortes de lésions contribuent chacune pour leur part à la production de la douleur.

Les signes les plus importans sont évidemment ceux qui résultent de l'*augmentation du volume de l'organe*. Il est bien rare, en effet, quoique MM. Cruveilhier et Andral en aient rapporté des exemples, que le foie n'ait pas acquis des dimensions considérables. Presque toujours on sent, à l'aide de la *palpation*, le bord inférieur du foie qui dépasse les fausses côtes dans toute son étendue ou dans quelques points, et qui offre sous la pression

une *résistance* marquée. Il n'est pas rare de voir l'organe dépasser, en bas, l'ombilic, et même se porter jusqu'auprès de l'os des îles.

Des masses cancéreuses étant, dans presque tous les cas, ainsi que nous le verrons plus tard, disséminées sur la surface du foie, on sent des *tumeurs* plus ou moins dures, résistantes, quelquefois douloureuses, et quelquefois bosselées. Parfois il n'existe qu'une seule tumeur; dans un cas dont j'ai l'observation sous les yeux, cette tumeur occupait l'épigastre, et comme il y avait en même temps un cancer de l'estomac, c'était à cette dernière maladie qu'on avait rapporté son existence. Dans quelques cas, soit parce que les tumeurs ne sont pas superficielles, soit parce que, comme l'a remarqué M. Heyfelder (*loc. cit.*), le cancer s'est emparé de toute la substance du foie, cet organe *conserve sa forme*, et son bord inférieur dépassant les côtes, n'offre rien de remarquable qu'une dureté qui même n'existe pas toujours.

On peut en même temps, à l'aide de la *percussion*, non-seulement s'assurer que c'est bien le foie qui forme la tumeur abdominale, mais encore reconnaître son développement du côté de la poitrine, car on a vu parfois cet organe s'élever jusqu'au mamelon et bien au-dessus.

L'*ictère* est loin d'être un symptôme constant du cancer du foie. Dans vingt-cinq cas que j'ai réunis, il ne n'est montré que six fois. Faut-il, avec MM. Heyfelder et Cruveilhier, admettre que ce symptôme a lieu toutes les fois qu'il y a compression des canaux biliaires, et seulement dans cette circonstance? Les observations xxxv, xxxvii et xxxviii de M. Andral

font voir qu'il n'est pas nécessaire que cette oblitération ait lieu pour que l'ictère se produise. Mais je n'ai pas trouvé d'exemple qui prouve que l'ictère peut manquer, comme le disent les auteurs du *Compendium* (article *Maladies du foie*, t. IV, p. 89), lorsque la compression existe. C'est, au reste, un point sur lequel de nouvelles recherches sont indispensables. Ce symptôme se montre à une époque très-variable de la maladie.

On n'est pas non plus complétement fixé sur la fréquence de l'*ascite* dans le cancer du foie. Suivant la plupart des auteurs, l'hydropisie du péritoine est assez fréquente. Dans quinze observations que j'ai réunies, je trouve que l'ascite ne s'est montrée que cinq fois; mais il serait nécessaire d'avoir des chiffres plus considérables. Il serait également à désirer que des recherches exactes nous apprissent quelles sont les conditions dans lesquelles se produit l'ascite. En examinant le petit nombre de cas que je viens d'indiquer, je vois que l'hydropisie du péritoine a coïncidé soit avec la présence de tumeurs volumineuses autour des gros vaisseaux abdominaux, qui étaient comprimés, soit avec une dégénérescence de la presque totalité de l'organe. Doit-on voir dans ces deux conditions les causes organiques de la production de l'ascite? C'est ce qui demande à être vérifié. L'ascite, du reste, ne présente rien de remarquable, si ce n'est sa permanence, une fois qu'elle est produite. Cependant ce n'est pas là une règle sans exception, car MM. Monneret et Fleury (*Compendium, loc. cit.*) ont cité un cas dans lequel un épanchement de sérosité dans le péritoine, dû à un cancer, se dissipa complétement, pour se repro-

duire quinze mois plus tard. Il reste aussi à rechercher quelle est, dans la production de l'ascite, l'influence des complications diverses qui existent fréquemment dans l'affection dont il s'agit ici. C'est un travail qu'il faut signaler aux observateurs.

Tels sont les symptômes essentiels du cancer du foie, ceux qu'il importe principalement de connaître. Quant aux autres, que nous allons énumérer, il faudrait des recherches faites plus méthodiquement pour en bien fixer la valeur.

Nous trouvons d'abord les *troubles des fonctions digestives* : les digestions sont pénibles, longues, difficiles; l'appétit devient capricieux, à une époque plus ou moins avancée; la *soif* n'est généralement pas augmentée, si ce n'est dans les derniers temps, lorsque la mort est prochaine, ou lorsque de nouvelles lésions sont venues se joindre à la lésion principale. Du côté du ventre, on note des symptômes d'*entéralgie*. La *constipation* est le symptôme le plus fréquent dans la plus grande partie du cours de la maladie. S'il existe un ictère, les matières sont plus ou moins décolorées. A une époque très-avancée, on observe quelquefois, mais non constamment, des *alternatives de diarrhée et de constipation*, et dans les derniers temps une *diarrhée continuelle*, avec des selles involontaires. Je dois ajouter d'une manière générale, relativement à ces symptômes, que la fréquence du cancer de l'estomac, dans les cas observés, rend leur valeur beaucoup moins grande, et qu'on doit admettre que le plus souvent ils sont sous l'influence de l'affection gastrique. Dans un cas dont j'ai eu récemment connaissance, il y eut, à la fin de la maladie, une hématémèse abondante

qui se produisit par simple exhalation, et qui était due sans doute à une altération du sang.

Dans les cas où il existe un ictère, les *urines* présentent les caractères propres à cet état. Dans le cas contraire, elles n'offrent rien de remarquable.

Du côté de la *respiration*, on observe, à une époque assez avancée seulement, une gêne plus ou moins grande, de l'*essoufflement* quand les malades montent un escalier, de l'*oppression;* ces phénomènes sont principalement en rapport avec l'augmentation plus ou moins considérable du volume du foie, et aussi avec l'intensité de la douleur et l'abondance de l'épanchement dans le péritoine.

Le *pouls*, comme dans toutes les maladies cancéreuses, reste naturel, ou même est ralenti pendant la plus grande partie du cours de la maladie. S'il devient accéléré, étroit, faible, c'est que l'affection touche à sa fin, ou bien qu'il survient une complication. La *chaleur* est ordinairement diminuée; l'existence d'une complication peut l'élever un peu au-dessus de l'état normal.

Dans les cas où il n'existe pas d'ictère, la *face* est généralement pâle, ou bien présente la coloration légèrement jaunâtre qui se montre dans les diverses affections cancéreuses. On a signalé, dans un certain nombre de cas, l'existence de taches rougeâtres, brunâtres, ou d'une couleur fauve, à laquelle on a donné le nom de *taches hépatiques;* mais nous ne sommes pas suffisamment fixés sur la valeur de ce symptôme. Dans le cas que je viens de citer, il apparut sur les diverses parties du corps, à une époque avancée, de larges ecchymoses qui prouvaient encore l'existence d'une altération du sang.

L'*amaigrissement*, qui dans les premiers temps de la maladie est peu sensible, fait ensuite des progrès plus ou moins rapides, suivant que l'affection marche plus ou moins vite, et les malades finissent par tomber dans le *marasme*, à moins qu'une affection complicante ne vienne hâter la mort.

Je dois le répéter ici en terminant cet exposé des symptômes, rien ne serait plus nécessaire que d'avoir une description fondée sur des faits nombreux et détaillés, et dans lesquels on pourrait séparer complétement ce qui appartient au cancer du foie de ce qui est le résultat des autres affections concomitantes, et principalement du *cancer de l'estomac*.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Comme toutes les affections chroniques, le cancer du foie peut présenter des améliorations de plus ou moins longue durée; mais, en somme, on voit toujours que l'affection ne cesse de faire des progrès. Il arrive, au bout d'un temps très-variable, un moment où ces progrès, très-lents d'abord, deviennent très-rapides : c'est ce qu'on a appelé *période de ramollissement*, par opposition à la première période du cours de la maladie, qu'on a désignée sous le nom de *période de crudité*.

La *durée* est généralement longue. D'après les auteurs du *Compendium*, qui se sont fondés sur les faits cités par M. Andral, elle serait comprise entre seize mois et quinze jours. On peut admettre la première limite comme probable, quoique les faits soient peu nombreux. Quant à la seconde, il est

difficile de la regarder même comme probable. Je n'ai en effet trouvé qu'une seule observation de M. Andral où la mort soit survenue très-rapidement, c'est la XXXIIIe du tome II; mais, comme le fait très-bien remarquer cet auteur lui-même, « il est possible que les tumeurs du foie et de l'épiploon gastro-hépatique existassent chez le sujet depuis plusieurs années. » Le fait prouve seulement qu'un cancer du foie latent pendant longtemps, peut marcher ensuite avec une rapidité extrême : c'est au reste ce qu'on trouve dans les affections cancéreuses des autres organes.

La *terminaison* est constamment mortelle. Rarement la mort est causée par les seuls progrès du cancer du foie. D'une part, en effet, nous avons vu qu'il existe très-fréquemment d'autres affections cancéreuses primitives qui sont les principales causes de la mort, et de l'autre nous voyons dans un bon nombre d'observations que l'inflammation du péritoine, des poumons, de la plèvre et de l'intestin, est une cause fréquente de la terminaison fatale.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il serait sans doute à désirer qu'on pût, à l'aide de faits très-détaillés, s'assurer si le squirrhe et le cancer encéphaloïde du foie doivent être complétement distingués, ou bien si ces deux altérations peuvent être regardées comme ayant une même origine. Il serait bon, en un mot, de pouvoir faire le travail que j'ai entrepris à l'occasion du cancer de l'estomac; mais les renseignemens ne sont pas suffisans : c'est un point à signaler à l'attention des observateurs. Bor-

nons-nous donc à indiquer rapidement l'état dans lequel se montre l'organe altéré.

On trouve une augmentation de volume souvent très-considérable, puisqu'on a vu le foie peser dix kilogrammes. Quelquefois cependant on a noté la persistance du volume normal, et quelquefois aussi une diminution notable, ce qui est beaucoup plus rare. Le plus souvent on trouve des masses ordinairement blanchâtres, quelquefois offrant des nuances qui varient du jaune-rougeâtre au brun; arrondies, dures, occupant différens points de l'organe, mais principalement la superficie, et en particulier la face convexe; d'une grosseur très-diverse, puisqu'elles peuvent n'égaler que le volume d'une noisette ou bien présenter celui d'une tête d'enfant. Il est très-rare qu'on ne rencontre qu'une seule de ces masses. Celles qui siégent à la surface, et qui font saillie sous le péritoine, présentent ordinairement une dépression centrale, avec des rides convergentes.

La consistance de ces masses cancéreuses est très-variable : tantôt fermes, résistantes à la coupe, et criant sous le scalpel, tantôt, au contraire, molles, diffluentes, ou présentant seulement la consistance du cerveau d'un enfant nouveau-né, elles sont désignées, dans ces divers états, sous les noms de *squirrhe* ou d'*encéphaloïde*. L'encéphaloïde a en outre pour caractère de présenter un certain nombre de ramifications vasculaires plus ou moins nombreuses, suivant le point où on les examine, ce qui constitue dans la masse cancéreuse des marbrures rougeâtres. Quelques auteurs ont dit également que des vaisseaux pouvaient se rencontrer dans le tissu

désigné sous le nom de *squirrheux;* mais toujours est-il que la vascularisation de ce tissu est très-peu marquée. Un autre caractère du squirrhe, c'est de fournir par la pression un liquide lactescent auquel on a donné le nom de liquide cancéreux. Mais je ne dois pas trop insister sur ces détails, qui rentrent dans l'anatomie pathologique du cancer en général.

De la présence de ces masses cancéreuses résulte une déformation plus ou moins considérable du foie, qui est souvent bosselé à l'extérieur, et qui, à l'intérieur, présente de larges taches blanches, grisâtres, rougeâtres, tranchant sur le fond jaune-verdâtre du foie, de manière à lui donner l'aspect de certains marbres. C'est, ainsi que l'ont remarqué la plupart des auteurs, d'une manière brusque que le tissu du foie prend l'aspect cancéreux. Cependant il n'est pas rare de voir les parties environnantes congestionnées et moins consistantes que dans l'état normal.

Enfin on peut observer une dégénérescence totale du foie; c'est ce qui a été constaté dans un cas par M. Heyfelder. On ne trouve alors ni bosselures, ni taches, ni rien de ce qui constitue le cancer par masses disséminées; mais cet organe augmenté de volume est plus dur, et conserve sa forme, si ce n'est que ses dépressions et ses sillons naturels disparaissent. Les cas de ce genre sont extrêmement rares.

Je passerai sous silence, pour le moment, l'état de la vésicule du fiel et des canaux biliaires, parce que j'aurai à en dire quelques mots dans un des articles suivans.

Quant aux diverses opinions émises sur le tissu primitivement affecté, je ne crois pas devoir m'en

occuper, parce qu'elles ne reposent pas sur des observations directes.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Si l'on parcourt les divers articles généraux présentés par les auteurs, on voit combien le diagnostic du cancer du foie a besoin d'être éclairé par l'observation. Presque tous, en effet, reconnaissent que, dans le plus grand nombre des cas, il est impossible de distinguer cette affection de l'*hypertrophie simple* et de l'*hépatite chronique.* Il est certain même que lorsque les *tumeurs enkystées*, les *hydatides*, ne sont pas assez superficielles pour présenter la fluctuation, l'observateur se trouve nécessairement dans la plus grande incertitude. Tout ce que je peux faire ici, c'est d'exposer les signes à l'aide desquels on peut déterminer l'existence du cancer dans les cas les plus favorables au diagnostic.

S'il existe dans l'hypochondre droit une gêne ou une douleur plus ou moins vive et durant depuis longtemps, si le foie est développé, s'il présente à sa surface des tumeurs disséminées, résistantes et d'une dureté plus ou moins grande, si en même temps il y a un dépérissement marqué, avec cette coloration jaune-paille qu'on observe dans les affections cancéreuses, on devra regarder comme très-probable l'existence du cancer du foie; et si on peut s'assurer qu'il existe une affection cancéreuse de l'estomac, on ne devra plus concevoir de doutes. Nous verrons, dans les articles suivans, s'il est possible de distinguer le cancer du foie proprement dit

du *cancer de la vésicule biliaire.* Je n'insiste pas davantage sur ce diagnostic, pour les raisons indiquées plus haut.

Le *pronostic* est, comme on l'a vu précédemment, aussi grave que possible. Ce qu'il importe de dire ici, c'est que lorsque les digestions s'altèrent, que l'ascite se déclare, et qu'il survient une complication du côté des poumons ou de la plèvre, la marche de la maladie est ordinairement très-accélérée, et le pronostic devient par conséquent beaucoup plus fâcheux.

§ VII. — Traitement.

Le traitement, dans l'état actuel de la science, ne peut évidemment être que *palliatif.* Ce n'est pas qu'un certain nombre de médecins n'aient prétendu qu'on peut guérir le cancer du foie comme les autres cancers; mais les faits ont toujours donné un démenti formel à ces assertions.

Le traitement du cancer du foie consiste principalement dans l'emploi des *fondans* et des *désobstruans*, déjà indiqués à l'occasion de l'hépatite chronique, et sur lesquels il serait oiseux de revenir ici (*voy.* page 181).

Quelques médecins ont recommandé les *applications fréquentes de sangsues.* Ces applications ne sont pas sans utilité, mais c'est lorsque des péritonites partielles sont produites et causent de vives douleurs. Les douleurs lancinantes peuvent également être combattues par l'application de *vésicatoires volans;* c'est dans ce but seulement qu'il est bon d'avoir recours à ce moyen, ainsi qu'aux applications *narcotiques* sous forme de cataplasmes, de fomentations, de frictions, etc. etc.

On prescrit généralement les *eaux minérales*, telles que les *eaux de Vichy*, de *Néris*, de *Bussang*, d'*Ems*, de *Carlsbad*, etc. Mais nous avons déjà vu maintes fois que ces eaux minérales étaient ordonnées dans tous les cas désignés sous le nom d'*obstructions du foie*, dont le cancer fait partie. Or quel est leur degré d'influence dans cette affection en particulier? C'est ce que nous ignorons complétement.

Les symptômes du côté des voies digestives doivent être combattus activement dès qu'ils se présentent. S'il y a *constipation*, on doit prescrire de légers *purgatifs*, comme la *manne*, l'*huile de ricin*, les *sels neutres*. Si, au contraire, il survient de la *diarrhée*, on doit chercher à la modérer ou à l'arrêter à l'aide des *lavemens laudanisés*, des *fomentations narcotiques*, de l'ingestion d'une petite quantité d'*opium* dans l'estomac, etc. etc. Quant aux symptômes produits par le *cancer gastrique*, j'ai indiqué dans un article précédent (*voy.* t. V, article *Cancer de l'estomac*) quels moyens on doit diriger contre lui.

Enfin le *traitement des complications* diverses signalées plus haut doit être livré à l'appréciation du médecin.

Le *régime* doit être doux et léger, et semblable à celui qui a été indiqué à propos du cancer de l'estomac. On doit en outre tenir le malade dans une grande *tranquillité de corps et d'esprit*, et, suivant le conseil de M. Heyfelder, *éviter les exercices fatigans aussi bien que les remèdes violens*.

ARTICLE X.

KYSTES DU FOIE.

Longtemps on a confondu les *kystes séreux du foie*, ou *hydropisie enkystée*, avec les *hydatides*. Aujourd'hui tout le monde admet qu'il se forme dans le foie, dans les reins et dans d'autres organes, des kystes aqueux, entièrement distincts des hydatides proprement dites; c'est un fait qui a été principalement mis hors de doute par M. Hawkins. Mais malgré cette distinction, nous ne devons attacher que très-peu d'importance aux différences qui existent entre les deux maladies, parce que, sous le rapport pratique, c'est-à-dire sous le point de vue des symptômes, de la marche de la maladie, de ses terminaisons, et surtout du traitement, il n'y a rien qui appartienne particulièrement à l'une d'elles. On a dit, il est vrai, que l'absence du *frémissement* et du *bruit hydatiques* servait à faire diagnostiquer les kystes aqueux, et à les différencier, pendant la vie, des tumeurs hydatiques; mais nous verrons dans l'article suivant que l'existence de ce signe est bien loin d'être constante dans les hydatides, en sorte que, dans la plupart des faits, la distinction est impossible.

Je me bornerai donc à dire ici que la lésion anatomique est constituée par un *kyste* à parois plus ou moins épaisses et formées par une membrane où l'on distingue souvent plusieurs feuillets dont l'externe est fibreux, et dont l'interne, tomenteux, se couvre parfois, suivant M. Hawkins (*voyez Arch. gén. de Méd.*, 2e série, t. V), de végétations

fongueuses. Quant au *liquide*, il est presque complétement composé d'eau pure, et il ne se coagule pas par la chaleur. Le kyste est parfois très-considérable, et peut contenir jusqu'à dix kilogrammes de liquide, et plus encore. On en trouve souvent un nombre assez grand, et alors ils ont des dimensions médiocres et variables.

Les autres conditions pathologiques étant, je le répète, les mêmes dans le kyste aqueux et les hydatides, je me hâte d'arriver à la description de ces dernières, et je me contente d'ajouter qu'on a trouvé dans le foie *d'autres kystes, contenant des matières diverses*, mais qui ne peuvent nous intéresser ici.

ARTICLE XI.

HYDATIDES DU FOIE.

C'est vainement qu'on a voulu chercher dans les écrits des anciens des indications précises sur les hydatides du foie : cette affection n'a été connue d'une manière positive qu'à l'époque où les progrès de l'anatomie pathologique ont permis d'établir positivement quel est l'état de l'organe malade. Il y a quelques années, Laennec a publié des recherches très-importantes sur les hydatides, et c'est surtout depuis lors que cette affection, considérée dans le foie, a été étudiée avec succès. Cependant Lassus (*Recherch. et Observ. sur l'Hydr. enk. du Foie;* Journ. de Corvis., t. Ier) avait déjà fourni à la science un travail utile dont il sera maintes fois question dans cet article. Tout récemment M. Barrier (*de la Tum. hydat. du Foie;* Thèse; Paris, 1840)

a publié sur ce sujet un mémoire très-intéressant et dans lequel toutes les questions relatives aux hydatides du foie sont traitées avec soin. La plupart même sont résolues par une analyse exacte et numérique d'un nombre assez considérable d'observations. Cette thèse est, sans contredit, le travail le plus complet et le plus utile que nous possédions; aussi est-ce d'après elle que je vais presque exclusivement tracer l'histoire de la maladie.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, on ne doit aujourd'hui donner le nom d'*hydatides* qu'à des kystes contenant un plus ou moins grand nombre de ces poches ou vésicules que Laennec a appelées *acéphalocystes*, et qui, d'après les recherches récentes de M. le docteur Livois (*Recherches sur les échinocoques chez l'hom. et les anim.*; Thèse; Paris, 1843) ne sont autre chose elles-mêmes que de simples poches renfermant toujours dans leur intérieur un certain nombre d'échinocoques.

On a encore désigné les hydatides sous le nom de *vésicules* ou *vessies aqueuses*, d'*hydropisie enkystée du foie*, de *tumeurs aqueuses*, etc. etc.

La *fréquence* de cette affection n'est heureusement pas très-grande si on la considère d'une manière générale; mais, relativement aux affections de la même espèce ayant leur siége dans d'autres organes, on peut dire que les hydatides du foie sont celles qui se rencontrent le plus fréquemment.

§ II. — Causes.

Tout le monde convient que rien n'est plus

obscur que l'étiologie de cette maladie, et il est bien entendu que je ne parle pas ici du mode de *génération* de ces entozoaires, question encore insoluble, et dont le praticien n'a pas à s'occuper, mais seulement des causes qui peuvent prédisposer à l'affection ou en déterminer la production. Cependant je vais présenter quelques courtes considérations qui résultent des recherches de M. Barrier.

1°. *Causes prédisposantes.*

Sur dix-huit cas qui, parmi les nombreuses observations consultées par l'auteur que je viens de citer, peuvent seules servir à faire apprécier l'influence de l'*âge*, le début a eu lieu avant vingt ans dans trois cas, de vingt à quarante ans dans onze cas, de quarante à soixante ans dans trois cas, après soixante ans dans un cas. « D'une autre part, ajoute M. Barrier, l'époque de la terminaison de la maladie, soit par la mort, soit par la guérison, a été assez bien précisée dans vingt-sept observations, pour qu'il soit possible d'en tirer quelques conclusions. Sur ces vingt-sept cas, sept se sont terminés avant vingt ans, onze de vingt à quarante ans, sept de quarante à soixante ans, et deux après soixante ans. Il résulte de ce relevé, que la plus grande fréquence de la tumeur hydatique a lieu dans l'âge adulte, et qu'on en rencontre cependant encore quelques cas dans l'enfance et dans la vieillesse. » On sent que ces recherches ont besoin d'être plus multipliées avant qu'il soit permis de poser une conclusion aussi positive.

« Le *sexe*, dit encore M. Barrier, paraît sans influence sur la production de cette maladie, puisque,

sur un relevé de quarante-six observations où le sexe est indiqué, j'ai trouvé vingt-quatre hommes et vingt-deux femmes. »

On a rangé parmi les causes prédisposantes une *constitution détériorée*, la *mauvaise alimentation*, l'*habitation dans des lieux bas et humides;* mais il résulte des recherches de M. Barrier que ces circonstances ne se sont montrées que dans un nombre de cas très-peu considérable, et que la majorité des sujets qui ont présenté des hydatides du foie se trouvaient, au contraire, dans les meilleures conditions hygiéniques.

2°. *Causes occasionnelles.*

Ce n'est que par une simple hypothèse qu'on a avancé que l'*irritation* pouvait être une cause déterminante des hydatides. Quant aux *violences extérieures*, aux *coups*, aux *chutes* sur la région du foie, etc., on les a notés dans quelques cas, il est vrai, mais si rarement, qu'on ne peut s'empêcher de penser qu'il n'y a eu que de simples coïncidences.

Vouloir indiquer un plus grand nombre de causes, ce serait s'exposer à n'émettre que des hypothèses, et c'est pourquoi je n'insiste pas.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes ont été étudiés avec beaucoup de soin par M. Barrier; il serait difficile de trouver une meilleure description. Je la suivrai principalement; mais auparavant je dirai un mot du début en particulier.

Début. Le *début* est presque toujours compléte-

ment latent, et ce n'est qu'à une époque assez avancée que la maladie du foie se révèle. On constate, il est vrai, l'existence, chez un bon nombre de sujets, de symptômes divers qui ont principalement leur siége dans les voies digestives; mais il est ordinairement impossible encore de savoir quel est l'organe malade. Je n'insisterai donc pas sur ces divers dérangemens, puisqu'ils ne peuvent pas nous fournir de renseignemens précis, et je passe immédiatement aux symptômes de la maladie confirmée.

Symptômes. Dans le plus grand nombre des cas, sans que nous puissions indiquer la proportion exacte, il existe une *douleur*, ou au moins une *gêne* et une *pesanteur* incommodes dans l'hypochondre ou dans l'épigastre, ou dans ces deux points à la fois. Lorsque l'affection a fait des progrès considérables et est parvenue à ce que l'on a désigné sous le nom de *seconde période* de la maladie, une *douleur vive* peut se manifester dans un certain nombre de cas; mais, ainsi que le fait remarquer M. Barrier, c'est peut-être autant aux changemens qui surviennent dans la substance du foie environnante, qu'aux progrès des hydatides, qu'il faut la rapporter. Ce qui prouve la vérité de cette assertion, c'est qu'il est fort rare que la douleur vive devienne permanente, et que son caractère, au contraire, est de se produire par intervalles, pour faire place, au bout d'un temps plus ou moins long, à la gêne et à la pesanteur qui existent d'une manière continue. Cependant il est une circonstance dans laquelle la douleur aiguë devient permanente, c'est lorsque la suppuration s'empare du kyste; mais alors l'affection prend les caractères d'un véritable abcès, et

rentre presque complétement dans l'hépatite aiguë. Enfin les péritonites partielles, dont on trouve les traces, après la mort, dans les fausses membranes qui unissent le foie à la paroi abdominale, peuvent rendre l'affection très-douloureuse.

Les grands mouvemens respiratoires, les efforts de toux, l'éternument, les grands mouvemens du tronc, augmentent ordinairement la douleur, quand elle a un certain degré d'acuité. Quelquefois il existe des *irradiations douloureuses* spontanées qui vont retentir dans l'abdomen, la poitrine, et parfois l'épaule. Ce sont encore les diverses altérations produites dans le foie et dans les environs qui sont la cause de ces irradiations.

La simple position peut augmenter beaucoup la douleur. On a remarqué que lorsque les hydatides occupent le lobe droit du foie, le *décubitus* a lieu plutôt sur le côté droit que sur le côté gauche, et que le contraire existe lorsque l'affection occupe le petit lobe. Toutefois c'est, en général, le décubitus dorsal qui est choisi par les malades.

« Dans quelques cas, dit M. Barrier (*loc. cit.*, p. 30), la douleur et la gêne sont *plus prononcées la nuit que le jour*, et cela me paraît dépendre moins d'une influence *synchronique* que de la position horizontale du corps, qui rend l'action du diaphragme, dans la respiration, plus pénible que dans la station verticale. »

L'*augmentation de volume du foie* et la *forme particulière* que cet organe acquiert, sont des signes extrêmement importans à noter. C'est du côté de l'abdomen que se montrent presque toujours ces signes; et si le kyste hydatique est tellement situé

qu'il ne soit pas accessible à l'exploration du côté de la paroi abdominale, on éprouve des difficultés extrêmes pour le diagnostic.

Le bord du foie dépasse les fausses côtes au point de descendre quelquefois jusqu'à l'ombilic et même plus loin. Dans les cas où il existe plusieurs tumeurs hydatiques, la surface accessible à la *palpation* est *bosselée* et présente une *rénitence élastique* dans les diverses parties saillantes; dans quelques cas, au contraire, on trouve une tumeur unique, parfois appréciable à la vue. Voici, du reste, quels sont les caractères de ces *tumeurs hydatiques :*

Tumeurs. Occupant l'épigastre ou l'hypochondre droit, ou les diverses parties de ces deux régions, elles sont arrondies, quelquefois aplaties, ordinairement lisses et régulières, quelquefois bosselées et inégales. Quand une tumeur occupe l'épigastre, la ligne blanche, en déprimant sa partie moyenne, la fait paraître quelquefois bilobée (Barrier). Ces tumeurs, ordinairement bien circonscrites, et quelquefois sans limites précises, sont remarquables par leur rénitence et leur élasticité. La *fluctuation* y est toujours obscure, à cause de leur grande tension. Une circonstance qu'il faut avoir soin de noter, c'est la manière dont la tumeur est en rapport avec les fausses côtes. Comme, en effet, les collections hydatiques s'élèvent plus ou moins haut dans le corps de l'organe, il en résulte qu'en palpant attentivement, on reconnaît qu'elles s'insinuent sous les fausses côtes.

A l'aide de la *percussion*, on peut constater d'abord le développement du foie du côté de la poitrine, et en second lieu, dans quelques cas, un bruit

particulier, auquel on a donné le nom de *bruit hydatique*. D'après M. Barrier, ce bruit est rarement produit, et il est certain, à ma connaissance, que dans des cas d'hydatides bien caractérisés, la percussion, pratiquée aussi méthodiquement que possible, n'a pu produire ce bruit particulier. Il n'en est pas moins vrai que quand il existe, il doit être soigneusement noté. Le *frémissement hydatique* peut être perçu lorsqu'on imprime des mouvemens à la tumeur pour apprécier la fluctuation.

L'*ictère* est beaucoup plus rare dans cette affection que ne l'avaient pensé quelques auteurs. Sur trente-trois observations rassemblées par M. Barrier, il n'a été noté que sept fois; et ce qui prouve que ce n'est pas un symptôme essentiel de la maladie, c'est que le plus souvent il ne s'est montré que d'une manière passagère, soit au début, soit dans le cours, soit seulement vers la fin de la maladie. Suivant M. Barrier, à qui j'emprunte ces détails, la coïncidence de l'ictère avec des douleurs plus aiguës, souvent avec de la fièvre, permet d'expliquer son développement par l'apparition d'une hépatite passagère qui est venue compliquer la lésion primitive.

L'*ascite* et l'*œdème des membres inférieurs* ne sont pas des symptômes plus fréquens que l'ictère: ils sont même plus rares, d'après les observations rassemblées par M. Barrier, puisque sur quarante cas il n'y a eu une hydropisie que dans sept. Il est en outre digne de remarque que l'hydropisie ne s'est produite que dans les derniers temps. On ne trouve rien dans les auteurs qui puisse nous faire connaître à quelle circonstance particulière on doit rapporter l'existence de l'ascite et de l'œdème.

Du côté des *voies digestives*, il survient, à une époque très-variable, des dérangemens qui consistent d'abord principalement dans la *lenteur* et la *difficulté des digestions*, et quelquefois dans des *nausées*, des *vomissemens*, de la *diarrhée*, phénomènes qui ne sont jamais constans, et qui se montrent à des époques irrégulières. Plus tard, l'*appétit* est presque toujours diminué ou même perdu, et la diarrhée devient fréquente ou continuelle. Les matières rendues ne présentent ordinairement rien de particulier; mais quelquefois on trouve au milieu d'elles un nombre parfois très-considérable d'hydatides tantôt entières, tantôt rompues ou plus ou moins altérées par le travail phlegmasique qui a eu lieu dans la tumeur hydatique. Il y a eu alors *rupture* de cette tumeur *dans l'intestin*, et presque toujours dans le colon. Dans les cas où la tumeur s'ouvre *dans l'estomac*, comme on en a cité quelques exemples, les vomissemens deviennent fréquens, quotidiens, et au milieu des matières rendues on trouve également des entozoaires parfaitement reconnaissables, accompagnés parfois d'une plus ou moins grande quantité de bile. L'état des *urines* n'a généralement point été noté.

Du côté de la *respiration*, on ne trouve qu'une gêne plus ou moins grande, une dyspnée en rapport avec le développement du volume du foie et la plus ou moins grande intensité de la douleur. Aussi est-ce lorsque la maladie a déjà fait des progrès considérables que la respiration commence à devenir pénible. Parfois on voit survenir une oppression marquée, bientôt suivie de quintes de toux et de l'expectoration d'une certaine quantité d'hy-

datides nageant dans le pus et quelquefois dans de la bile. C'est le résultat de la *rupture* du kyste hydatique *dans le poumon* à travers le diaphragme. Si la rupture se fait du côté de la *cavité pleurale*, on observe les signes d'une pleurésie suraiguë qui ordinairement emporte promptement le malade.

Pendant un temps fort long, la *circulation* ne présente rien de remarquable; ce n'est que vers la fin de la maladie, lorsque la tumeur hydatique s'enflamme, ou lorsqu'il survient une complication quelconque, que le pouls devient accéléré et ordinairement petit et faible. La *chaleur* est plutôt diminuée qu'augmentée, à moins qu'il n'y ait une complication inflammatoire. Quant au *dépérissement*, peu notable dans le commencement, il peut l'être assez vers la fin pour que les malades tombent dans le marasme, surtout lorsque la diarrhée s'établit d'une manière permanente.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Comme le plus grand nombre des affections chroniques, et plus encore peut-être, les hydatides du foie présentent des alternatives d'exacerbation et d'amélioration marquées. Cependant il est vrai de dire que les progrès sont continuels, quoique lents et quoique paraissant parfois s'arrêter. Mais la marche de l'affection est très-différente, suivant qu'on l'examine à diverses époques; c'est ce qui a engagé les auteurs à la diviser en deux périodes. *Dans la première*, qui n'est ordinairement caractérisée que par un peu de gêne dans l'hypochondre,

par des troubles variés de la digestion et par un gonflement du foie dont le malade peut pendant longtemps n'avoir pas connaissance, les progrès de la maladie sont fort lents et se font presque toujours d'une manière régulière. *Dans la seconde*, au contraire, où l'on observe la douleur plus ou moins vive, la diarrhée, l'amaigrissement, et quelquefois l'ictère et l'ascite, la marche de la maladie devient rapide, et c'est alors que surviennent les diverses ruptures mentionnées plus haut, l'inflammation du kyste, l'hépatite environnante, en un mot les divers accidens que j'ai indiqués. Il en résulte que cette période offre, bien plus que la précédente, les alternatives remarquables d'amélioration et d'exacerbation, qui sont quelquefois telles, que tantôt on peut croire le malade voisin de la mort, et tantôt le regarder comme en voie de guérison.

La *durée* est très-variable et peut être fort longue, comme il résulte des observations de M. Barrier. Sur vingt-quatre cas réunis par ce médecin, il n'en est que trois qui aient eu une durée de moins de deux ans; celle des autres a été de deux à trente ans; et en ayant égard non-seulement à ces faits, mais encore à d'autres où la durée est indiquée d'une manière assez exacte, quoique approximative, on voit qu'elle a varié de deux à huit ans dans la grande majorité des cas. Les divers accidens indiqués plus haut, et les opérations entreprises dans un but curatif, abrégent nécessairement beaucoup cette durée, soit en faisant périr les malades, soit en procurant une guérison plus ou moins rapide.

La *terminaison* a été étudiée avec un soin tout

particulier par M. Barrier, et c'est, en effet, un point très-important qui mérite de nous arrêter. Cet auteur a divisé en cinq catégories différentes les causes de mort dans cette affection. 1°. Dans la première se trouvent les cas où la compression seule, exercée par la tumeur hydatique sur les organes voisins, aurait gêné suffisamment les fonctions pour déterminer la mort. Un cas rapporté par Gooch, et cité par M. Cruveilhier, est le seul qui paraisse propre à faire admettre ce genre de terminaison. Il y avait dans ce cas une telle compression du poumon droit, que cet organe ne pouvait plus être dilaté par l'insufflation. Sans affirmer que ce mode de terminaison ne peut pas avoir lieu, je dirai que le fait cité par M. Barrier, après M. Cruveilhier, manque de tous les détails nécessaires pour le rendre probant.

2°. Dans d'autres cas, l'inflammation s'emparant du kyste, les malades succombent comme dans l'hépatite chronique. 3°. D'autres fois il y a rupture du kyste dans le péritoine ou la plèvre, soit d'une manière toute spontanée, soit pendant un effort, ou à la suite d'une chute, ou sous l'influence d'un coup, etc., et alors se développent les symptômes d'une péritonite ou d'une pleurésie suraiguë qui emporte rapidement les malades.

4°. Dans d'autres circonstances, la rupture n'a pas des conséquences aussi promptement funestes, parce qu'elle se fait dans un organe creux qui rejette au dehors la matière contenue dans le kyste. Mais des symptômes chroniques se manifestent lorsque la rupture se fait dans l'intestin : c'est une diarrhée que rien ne peut arrêter, et qui épuise le ma-

lade. Lorsqu'elle se fait dans l'estomac, ce sont des symptômes de gastrite chronique et des troubles digestifs tels que le malade ne tarde pas à tomber dans le marasme. Dans les poumons il y a oppression, dyspnée, expectoration purulente. En un mot, dans chacun de ces organes il se produit une inflammation chronique très-étendue, entretenue par le passage continuel des matières du kyste.

Quelquefois il y a *rupture de la tumeur au dehors,* ce qui n'empêche pas la mort de survenir par suite de la suppuration permanente et de l'inflammation du kyste.

5°. Enfin, dans d'autres circonstances, des hydatides ayant leur siége dans d'autres organes, viennent en gêner l'action et hâter la mort.

La terminaison est quelquefois *heureuse* sans qu'on ait recours à une opération. On a cité quelques cas fort rares dans lesquels une tumeur que l'on a regardée comme une hydatide a fini par s'affaisser et par disparaître avec tous les accidens qu'elle occasionnait. Mais on se demande d'abord s'il s'agissait véritablement d'une hydatide, et en second lieu si une rupture dans un organe creux n'aurait pas été méconnue.

La guérison par rejet au dehors de la matière contenue dans le kyste est au contraire un fait parfaitement démontré. Il résulte des observations que la meilleure voie d'élimination est l'ouverture du kyste à travers la paroi abdominale; vient ensuite la rupture dans les voies digestives, et surtout dans le colon. Après des accidens variés, suivant le point où cette rupture a eu lieu, le rejet des hydatides diminue, le foie reprend ses dimensions nor-

males, et les sujets peuvent vivre fort longtemps ensuite sans voir reparaître la maladie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Le plus souvent on trouve un nombre plus ou moins considérable d'hydatides contenues dans une seule et même cavité; elles ont un volume variable; les unes pouvant n'égaler que la grosseur d'un grain de chènevis, les autres pouvant s'élever jusqu'à celle d'une grosse orange et même de la tête d'un fœtus à terme. Dans quelques cas rares, on n'a trouvé qu'une seule hydatide, qu'on a désignée sous le nom d'hydatide solitaire.

Lorsque les hydatides n'ont éprouvé aucune altération, elles se présentent, suivant la description de M. Barrier, et comme l'ont constaté tous les observateurs, sous l'aspect de corps globuleux, sphériques, élastiques, à peine un peu plus denses que l'eau, pleins de sérosité limpide et transparente comme la membrane qui la renferme. Quelquefois cette membrane est piquetée de petites taches blanchâtres, et quelquefois aussi elle est complétement opaque et semblable à du blanc d'œuf coagulé. Tel était l'état de la science, et on regardait comme exacte la division admise par Laennec qui, suivant les divers états que nous venons d'indiquer, admettait trois espèces d'acéphalocystes, l'*ovoïde*, la *granuleuse* et la *surculigère*, lorsque M. Livois (*loc. cit.*), poussant plus loin les recherches, a démontré que ces diverses espèces devaient être réunies en une seule, et désignées sous le nom d'échinocoque. L'échinocoque, en effet, est un ver microscopique qui se rencontre

constamment dans les hydatides, et pour lequel la membrane et l'eau qu'elle contient sont évidemment destinées.

Un des caractères propres aux hydatides que nous décrivons ici, c'est d'être toujours libres dans la cavité formée aux dépens de l'organe. L'hydatide solitaire, qui remplit exactement cette cavité, n'adhère jamais aux parois, quoique M. Hurtrel-d'Arboval (*Dict. de Méd. et Hyg. vét.*, article *Hyd.*) ait prétendu le contraire.

Les hydatides, ai-je dit, sont renfermées dans une cavité creusée dans le tissu de l'organe : cette cavité est tapissée par un kyste auquel on a donné le nom de kyste hydatique, et qui est composé d'un feuillet externe souvent très-épais, consistant, cellulo-fibreux ou même fibreux, fibro-cartilagineux, osseux; et d'un feuillet interne friable, blanchâtre, de structure homogène, ressemblant à la membrane des hydatides elles-mêmes. L'adhérence du kyste au tissu du foie est tantôt lâche et filamenteuse, tantôt tellement serrée, surtout quand le kyste est ancien, qu'on ne peut pas le séparer du parenchyme. Il n'est qu'un seul cas connu dans la science dans lequel on ait pu croire à l'absence du kyste : c'est un fait rapporté par M. Andral. Les parois du foie formant la cavité hydatique étaient tapissées seulement par une couche de pus concret : y avait-il eu destruction du kyste par la suppuration? c'est ce qu'il est difficile de croire; car dans ce cas on en aurait sans doute trouvé quelques vestiges. Toujours est-il que l'absence du kyste est un fait extrêmement rare.

Le kyste commun est plein d'une sérosité limpide, transparente, ordinairement incolore, quelquefois

d'un jaune citrin ou légèrement verdâtre. On n'y a pas trouvé de trace d'albumine. L'inflammation peut le convertir en un liquide puriforme dans lequel flottent des débris d'hydatides privées de vie.

C'est au milieu de ce liquide que nagent les petites vessies contenant les échinocoques, et qu'on désigne ordinairement sous le nom d'hydatides ou acéphalocystes. Leur nombre est quelquefois si considérable relativement à la capacité du kyste commun, qu'elles sont pressées les unes contre les autres et qu'on a de la peine à leur imprimer quelque mouvement. D'autres fois, au contraire, elles flottent librement, et le moindre mouvement imprimé au kyste les porte rapidement d'un point dans un autre. Nous avons vu plus haut qu'il pouvait n'exister qu'une seule hydatide remplissant exactement le kyste.

De cet ensemble formé par le kyste commun, le liquide qu'il renferme, et les hydatides qui nagent dans son intérieur, résulte ce qu'on a appelé la *tumeur hydatique*. Celle-ci est le plus ordinairement unique; toutefois on peut en trouver plusieurs dans l'intérieur du foie. Quelques auteurs, dont M. Barrier a réuni les observations, ont vu cet organe parsemé de ces tumeurs. M. Cruveilhier n'en a jamais rencontré plus de quatre.

Quant au volume des tumeurs, il est très-variable. Quelquefois de la grosseur d'un œuf ou plus petites encore, elles peuvent être assez considérables pour que le diaphragme soit refoulé très-haut vers le sommet de la poitrine et que le foie descende jusqu'auprès de la fosse iliaque.

La tumeur est ordinairement arrondie; elle siége

plus ou moins profondément dans l'intérieur de l'organe, et tend à se porter plus tard vers la surface. D'après les recherches de M. Barrier, le lobe droit est bien plus souvent que le gauche occupé par les hydatides.

Aux environs, le foie est plus dense, plus fauve qu'à l'état normal. Ordinairement son tissu est atrophié par suite de la compression. Presque toujours les voies biliaires sont sans altérations.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Avant de présenter le *diagnostic* différentiel, je crois devoir donner le résumé des signes positifs, qui a été très-bien présenté par M. Barrier. Le diagnostic positif doit être cherché dans « la nature des douleurs, qui ordinairement sont pendant longtemps sourdes, obscures, profondes, dans l'ictère et l'ascite qui se développent rarement, surtout en l'absence de complications, et dans l'apparition dans la région du foie, quelque temps après l'invasion des douleurs, d'une tumeur dure, élastique, rénitente, arrondie ou aplatie, rarement bosselée, circonscrite, indolente ou peu sensible à la pression, avec fluctuation plus ou moins difficile à apprécier. »

Maintenant avec quelle affection pourrait-on confondre les tumeurs hydatiques? Nous trouvons d'abord les *abcès;* mais la marche de la maladie dans l'*hépatite aiguë*, la douleur dès l'abord notablement plus vive que dans les hydatides, l'ictère, le mouvement fébrile, mettent sur la voie du diagnostic. Dans les cas d'*hépatite chronique*, ce diagnostic est beaucoup moins certain, et on ne peut douter

qu'il n'y ait eu fréquemment des erreurs bien pardonnables du reste.

Le *frémissement* et le *bruit hydatiques* sont-ils des signes très-importans ? Nous avons vu plus haut qu'on n'a pu les constater que dans un petit nombre d'observations, et, d'un autre côté, on a cité des cas où dans des abcès présentant une conformation particulière, un bruit et un frémissement analogues ont été produits. On ne doit donc pas espérer de tirer sous ce rapport, dans la plupart des cas, de grandes lumières de la palpation et de la percussion. Mais malgré tous les motifs de doute que je viens d'indiquer, si le frémissement et le bruit hydatique existent, on trouve dans cette circonstance un signe utile pour le diagnostic.

Une *tumeur biliaire*, c'est-à-dire formée par la dilatation de la vésicule du fiel, peut en imposer pour une tumeur hydatique, mais je renvoie ce diagnostic à un des articles suivans où il sera question de cette espèce de tumeur.

Les *tumeurs cancéreuses du foie* ont pu quelquefois être prises pour une affection hydatique. Ce n'est évidemment qu'à une époque où la masse cancéreuse a commencé à se ramollir, que ce diagnostic présente une assez grande difficulté. Cependant le dépérissement beaucoup plus considérable et plus rapide dans le cancer du foie, la présence, dans le plus grand nombre des cas, d'un cancer occupant un autre organe et principalement l'estomac, et en pareil cas des troubles digestifs beaucoup plus notables, sont des signes qui viennent éclairer le praticien.

Suivant tous les auteurs, le diagnostic le plus dif-

ficile est sans contredit celui de l'*hydropisie enkystée*. Dans les cas de ce genre, en effet, la tumeur présente la même forme, les mêmes caractères physiques; la maladie marche de la même manière; et enfin nous avons vu que l'absence du frémissement et du bruit hydatique est loin de prouver qu'il ne s'agit pas d'une tumeur hydatique du foie. Ce diagnostic peut-il être éclairé par la *ponction exploratrice?* Je ne le pense pas; car le liquide que l'on retire ne diffère pas sensiblement dans les deux espèces de tumeurs. La ponction exploratrice servirait, au contraire, à établir le diagnostic d'une manière positive dans le cas d'abcès ou de tumeurs biliaires. Je crois qu'il est important de dire ici que que cette ponction exploratrice doit être faite *avec un trois-quarts très-délié*, dont la canule n'a pas un diamètre de plus d'un millimètre. On n'a pas cité de faits où une ponction ainsi pratiquée ait eu de fâcheux résultats.

Tels sont les élémens que nous possédons pour ce diagnostic important. M. Barrier, à qui nous avons emprunté presque tous ces détails, a, comme on le voit, fort bien résumé l'état de la science; mais il n'en est pas moins à désirer qu'un travail fait d'une manière encore plus rigoureuse vienne définitivement nous fixer sur plusieurs points encore obscurs et incertains.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes positifs des hydatides du foie.*

Douleur pendant longtemps *sourde*, *obscure*, profonde.

Ictère et ascite *rares*.

Quelque temps après l'invasion des douleurs, *tumeur élastique*,

arrondie, circonscrite, indolente ou presque indolente dans la région dn foie.

Fluctuation plus ou moins *obscure* et profonde.

2°. *Signes distinctifs des hydatides et des abcès du foie, dans les cas d'hépatite aiguë.*

HYDATIDES DU FOIE.	ABCÈS AIGUS DU FOIE.
Marche *lente* de la maladie.	Marche *rapide* de la maladie.
Pas de fièvre.	*Fièvre.*
Pendant longtemps *simple gêne* et pesanteur dans l'hypochondre, ou douleur sourde et légère.	*Douleur plus ou moins vive* dans la région du foie.
Ictère *rare.*	Ictère *fréquent et prononcé.*
Tumeur *élastique, indolente.*	Tumeur *moins élastique;* empâtement, *douleur* à son niveau.
Fluctuation *difficile à constater.*	Fluctuation *plus facile à constater.*

3°. *Signes distinctifs de la tumeur hydatique et d'une tumeur cancéreuse du foie.*

TUMEUR HYDATIQUE.	TUMEUR CANCÉREUSE.
Dépérissement *nul au début*, *lent* ensuite.	Dépérissement ordinairement *marqué dès le début;* assez *rapide* ensuite.
Rénitence, *élasticité* de la tumeur.	Tumeur *dure*, ou de *consistance pâteuse.*
Pas d'affections cancéreuses dans d'autres organes, et surtout dans l'estomac.	*Affections cancéreuses* dans *d'autres organes*, et surtout dans l'estomac
Troubles digestifs *beaucoup moins marqués.*	Troubles digestifs *plus marqués*, surtout dans les cas d'affection gastrique concomitante.

Tels sont les seuls diagnostics différentiels que je crois devoir donner dans ce tableau; celui qu'on a cherché à établir entre la tumeur hydatique et l'hydropisie enkystée ne peut pas, comme je l'ai dit plus haut, être présenté d'une manière assez précise.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est évidemment grave. Nous avons vu, en effet, plus haut que la terminaison fatale pouvait se produire d'un

assez bon nombre de manières différentes. Cependant les cas dans lesquels la maladie s'est terminée spontanément d'une manière heureuse par l'évacuation des hydatides, et les guérisons qu'on a obtenues dans ces dernières années à l'aide de diverses opérations ne sont pas rares aujourd'hui; et par conséquent, parmi les affections chroniques de la glande hépatique, les hydatides doivent être considérées comme une des moins funestes. Lorsque la tumeur est unique et rapprochée de la paroi abdominale, il est évident que le pronostic est moins fâcheux, puisque l'opération a de plus grandes chances de succès. De toutes les ruptures qui tendent à porter les hydatides au dehors, la plus heureuse est celle qui a lieu à travers la paroi abdominale. La plus grave de toutes les ruptures, puisqu'elle est constamment mortelle, est celle qui se fait dans le péritoine.

§ VII. — Traitement.

C'est pour une tumeur hydatique du foie que M. Récamier, malgré la proscription lancée par Lassus (*loc. cit.*) contre tout traitement chirurgical, eut recours à une de ces opérations que j'ai cru devoir décrire à propos des abcès du foie, parce qu'elles sont également applicables à l'une et à l'autre de ces affections. Sous ce rapport donc, le traitement des hydatides nous offre des moyens très-importans; mais avant qu'on se soit décidé à pratiquer l'ouverture de la tumeur, est-il quelque remède qu'il soit utile de mettre en usage? Tous les auteurs qui ont récemment traité de cette maladie se sont accordés à dire que le traitement interne n'avait qu'une im-

portance très-minime ; et, en effet, si l'on consulte les observations, on voit, comme M. Barrier le fait remarquer, que les diverses préparations pharmaceutiques mises en usage, et auxquelles on a accordé plus ou moins de confiance, n'ont eu aucune action directe sur la marche de la maladie. Je me bornerai par conséquent à indiquer en très-peu de mots ces divers moyens internes, qui ne doivent être employés que dans le cas où l'opération ne peut pas être pratiquée, soit parce qu'il existe des complications trop graves, soit parce que le nombre des tumeurs dont on reconnaît ou dont on soupçonne l'existence est trop considérable, soit enfin parce que des hydatides ont envahi d'autres organes essentiels à la vie.

Les médicamens mis en usage sont d'abord les *désobstruans* et les *fondans*, que nous retrouvons dans toutes les affections chroniques du foie, qui presque toutes confondues par les auteurs du siècle dernier, ont été toutes traitées de la même manière. Ces médicamens, je les ai indiqués à l'article *Hépatite chronique ;* je n'y reviendrai pas ici.

Les *purgatifs* plus ou moins violens et les *vomitifs* ont été recommandés; mais on ne doit pas espérer qu'ils puissent amener la disparition de la tumeur hydatique. Seulement, dans des cas fort rares, ils paraissent avoir hâté la rupture, dans l'intestin ou dans l'estomac, du kyste hydatique. Cependant il ne serait pas prudent de les employer même dans ce but, car d'abord il n'existe aucun signe qui puisse nous faire prévoir que le kyste a de la tendance à se rompre dans l'un ou l'autre de ces organes, et, en second lieu, on risque de provoquer une diar-

rhée qui n'a que trop de tendance à s'établir à une époque avancée de la maladie. Ce sont les *purgatifs salins* qui ont été le plus particulièrement prescrits.

Le *calomel*, recommandé par les médecins anglais contre toutes les maladies du foie, n'a pas été oublié dans le traitement des hydatides; mais rien ne prouve qu'il ait eu une influence particulière, alors même qu'il a été donné jusqu'à production de la salivation. Dans un cas cité par Jos. Frank, et après lui par M. Barrier, il survint pendant l'administration du calomel, qui fut suivie de la salivation, des vomissemens d'hydatides nombreuses, et la guérison eut lieu. Mais cette rupture dans l'estomac, qui s'est produite dans des circonstances tout-à-fait différentes, ne saurait évidemment être attribuée à l'action du calomel.

On a prescrit un certain nombre de médicamens dans le but de faire périr les vers hydatiques, ou, en d'autres termes, comme *anthelmintiques*. Je me bornerai à citer la *térébenthine*, l'*huile empyreumatique de Chabert*, médicamens dont j'ai longuement parlé à l'occasion des vers intestinaux, et je n'insisterai que sur l'*eau de mer*, préconisée par plusieurs médecins.

L'*eau de mer* prise tous les jours à la dose de trois à huit verres, et les bains de mer pris principalement à la lame, pourront être essayés. Dans le cas où il ne serait pas possible de se rendre aux bains de mer, on administrerait l'*eau de mer artificielle* en bains et en boisson. La formule de l'*eau de mer artificielle pour bains* est la suivante :

℞	Sel de cuisine	5300 grammes.
	Chlorure de magnesium	120 grammes.
	—— de chaux	470 grammes.
	Sulfate de soude	2060 grammes.

Pour un bain de 200 litres.

Quant à l'*eau de mer artificielle pour boisson*, on pourra prescrire la formule suivante :

℞	Sel marin gris	17 grammes.
	Sulfate de soude	11 grammes.
	Chlorure de calcium	2 grammes.
	—— de magnesium	6 grammes.
	Eau	1 litre.

Faites dissoudre.

A prendre de 500 à 1000 grammes par jour.

Les *préparations d'iode* ont été également recommandées, sans que nous soyons mieux fixés sur leur effet.

Enfin on a appliqué sur la région du foie des *vésicatoires*, des *cautères*, des *moxas;* mais comme moyens curatifs on n'en a tiré aucun résultat évidemment avantageux. Les *vésicatoires volans* appliqués sur l'hypochondre lorsqu'il existe un point douloureux, peuvent cependant faire disparaître ou diminuer notablement la douleur. Sous ce rapport palliatif, il est donc permis de leur attribuer quelques avantages.

Reste comme principal, sinon comme unique moyen de salut, l'*opération,* si heureusement tentée par M. Récamier. Je ne dois pas revenir ici sur ce que j'en ai dit à propos du traitement des *abcès du foie.* Je ferai seulement remarquer que plusieurs auteurs, et entre autres M. Barrier, regardent le procédé de M. Récamier comme plus sûr

que celui de M. Bégin. Mais, comme je l'ai dit dans l'article que je viens d'indiquer, l'opération proposée par M. Bégin n'a eu aucun inconvénient dans les cas cités dans la science; elle est plus prompte et moins douloureuse que celle de M. Récamier, et quoique cette dernière soit très-utile à connaître et ait procuré des succès signalés, on ne voit pas pourquoi on ne lui préférerait pas un procédé qui n'en est qu'une simplification, et qui, rien ne le prouve du moins, n'a pas le danger qu'on lui suppose.

Il est une autre opération proposée et exécutée avec succès par M. Jobert (de Lamballe). M. Barrier a cité un cas où, dans l'espace de quatre mois environ, la guérison a été obtenue par ce moyen, qui mérite une description particulière.

MÉTHODE DE M. JOBERT.

Faites sur la tumeur, avec un trois-quarts fin, c'est-à-dire dont la canule n'a pas plus d'un millimètre de diamètre, une ponction, à l'aide de laquelle vous évacuerez le plus de liquide possible, et laissez la canule en place pendant vingt-quatre heures. Si l'inflammation ne s'empare pas du kyste, et si le liquide se reproduit, renouvelez la ponction à une époque plus ou moins éloignée, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le développement de la fièvre, la douleur locale, aient annoncé que cet effet est produit. Appliquez alors un nombre assez considérable de sangsues et des émolliens, de manière à modérer l'inflammation. Plus tard, renouvelez encore la ponction s'il y a lieu, jusqu'à ce que ces diverses tentatives déterminent le retrait, la flétrissure, et, par suite, la cicatrisation du kyste hydatique.

Cette méthode, qui en 1841 n'avait encore en sa

faveur qu'un seul fait, demande à être appuyée sur de plus nombreuses observations.

Dans les cas où il s'est produit une rupture dans la plèvre ou dans le péritoine, on a quelquefois pratiqué l'ouverture de ces cavités. J. Frank cite un cas où l'*ouverture du thorax*, dans une semblable circonstance, a eu un plein succès. Il n'en est pas de même de l'ouverture de la cavité péritonéale; la mort en a toujours été la suite.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Désobstruans; fondans; purgatifs, vomitifs; calomel; anthelmintiques; eau de mer; iode; vésicatoires, cautères; moyens chirurgicaux; méthode de M. Jobert (de Lamballe).

CHAPITRE II.

Affections des voies biliaires.

Malgré quelques travaux intéressans publiés sur les *abcès de la vésicule du fiel*, sur les *calculs biliaires* et sur la *rétention de la bile dans la vésicule*, il est extrêmement difficile de tracer d'une manière précise l'histoire des affections des voies biliaires. Sur plusieurs d'entre elles nous ne possédons, en effet, qu'une petite quantité d'observations, qui manquent pour la plupart de la rigueur désirable, et les descriptions générales qui en ont été tracées ne sont fondées, on peut le dire, que sur des appréciations approximatives qui doivent laisser beaucoup de doute dans les esprits sévères. Je vais, en rassemblant ce qui a été dit de plus important, sous le rapport pratique, sur les maladies de la vésicule et des conduits biliaires, m'efforcer, non sans doute de remplir cette grande lacune qui existe dans la science, mais seulement de mettre le praticien à même de se conduire avec connaissance de cause dans les cas très-difficiles qui peuvent se présenter à lui. Viendra ensuite l'article consacré à l'*ictère*, dans lequel je pourrai mettre en œuvre des documens beaucoup plus nombreux et beaucoup plus précis.

ARTICLE Ier.

INFLAMMATION DES VOIES BILIAIRES.

C'est dans la vésicule elle-même que se développe le plus souvent cette inflammation; mais il n'est pas

rare de voir le canal cystique et le canal cholédoque y participer. Dans quelques cas, on a mentionné l'existence d'une inflammation bornée au canal cholédoque; mais les faits de ce genre sont très-rares; je les mentionnerai plus loin après avoir décrit l'inflammation de la vésicule.

1°. *Inflammation de la vésicule biliaire.* Cette affection est extrêmement rare à l'état de simplicité; elle complique quelquefois les affections fébriles violentes, et surtout la fièvre typhoïde, et dans la plupart des cas où l'inflammation de la vésicule biliaire n'est pas une simple lésion secondaire d'une affection fébrile, c'est à la présence d'un plus ou moins grand nombre de calculs biliaires qu'il faut la rapporter. Il semble donc, d'après ces considérations, que nous ne devrions attacher qu'une très-faible importance à cette affection presque toujours consécutive; mais, en y réfléchissant, on voit qu'elle mérite, au contraire, une attention particulière. Une fois développée, en effet, cette maladie est ordinairement grave; elle a des symptômes qui lui sont propres, et elle exige un traitement particulier. Quelle que soit donc la manière dont elle s'est produite, elle doit être traitée à part.

On a proposé de désigner l'inflammation de la vésicule du fiel sous le nom de *cholécystite,* et c'est sous cette dénomination qu'elle a été décrite dans la plupart des ouvrages récens. J'ai indiqué plus haut son *extrême rareté* à l'état de simplicité; je dois ajouter ici que, considérée même d'une manière générale, elle est loin d'être remarquable par sa fréquence.

Causes. Les causes de l'inflammation de la vési-

cule biliaire n'ont point été recherchées à l'aide d'observations nombreuses et convenablement analysées; cependant il est quelques faits importans qui méritent d'être mentionnés avec soin. On a cité quelques cas dans lesquels des *coups sur la région du foie*, une *chute*, une *violence extérieure* quelconque, ont déterminé l'inflammation de la vésicule biliaire.

Quelquefois, a-t-on dit, *l'inflammation s'est propagée du duodénum à la membrane de la vésicule;* mais il n'est pas une seule observation authentique qui appuie cette manière de voir, que l'on peut par conséquent révoquer en doute. On a dit encore que l'*inflammation du foie*, et même *des organes environnans*, pouvait s'étendre à la vésicule; nous avons vu à l'article *Hépatite*, que, si cette extension peut avoir lieu dans le cours de cette affection, le cas est au moins fort rare. A plus forte raison peut-on douter de son existence dans les affections diverses des autres organes et en particulier de l'estomac. Sur ce point, nous n'avons que des renseignemens tout à fait insuffisans.

La cause la plus fréquente est, ai-je dit, la *présence de calculs biliaires.* Si l'on parcourt, en effet, les observations d'abcès de la vésicule rapportées par les auteurs, par exemple ceux qu'a indiqués en passant J. L. Petit (*Remarq. sur les Tum. form. par la bile; Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. I[er], p. 117 et suiv.), et ceux qui ont été présentés par M. Littré (*Dict. de Méd.*, t. V, article *Inflamm. des Voies bil.*), on verra que, dans presque toutes, un plus ou moins grand nombre de calculs occupaient la vésicule. Et qu'on ne croie pas que je confonds ici la simple rétention

de bile dont traite particulièrement J. L. Petit, avec l'inflammation des voies biliaires; car cet auteur, dans la comparaison qu'il établit entre ces deux affections, n'oublie pas de mentionner les causes de l'abcès.

Enfin, comme je l'ai dit plus haut, la vésicule du fiel peut s'enflammer dans le cours des maladies fébriles violentes. M. Louis (*Rech. sur l'Aff. typh.*, 2e édit., t. Ier, p. 281) a trouvé trois cas d'inflammation de la vésicule biliaire dans le cours de cette maladie, tandis qu'il ne s'est présenté à son observation qu'un seul cas semblable chez un sujet mort d'une autre affection; et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans ce dernier cas, il s'agissait d'une *pneumonie*, c'est-à-dire de la phlegmasie qui, par la violence du mouvement fébrile, se rapproche le plus de la fièvre typhoïde.

Symptômes. Il serait impossible de donner une description des symptômes plus satisfaisante que celle qui a été donnée par M. Littré; aussi ne puis-je mieux faire que de reproduire ici le passage où cet auteur a tracé la symptomatologie de l'inflammation de la vésicule biliaire. Je me contenterai d'y joindre quelques remarques faites par J. L. Petit.

« Lorsque, dit M. Littré (*loc. cit.*, p. 236), la maladie commence subitement, ou s'ajoute à une affection déjà existante du foie, le malade est pris d'une *douleur* très-vive au niveau du rebord des fausses côtes droites, *augmentée par la pression*, la respiration, le décubitus sur le dos. Il peut à peine s'étendre, et le plus souvent il se couche sur le côté gauche en repliant les membres inférieurs. Le paroxysme de la douleur dure pendant plusieurs heures,

puis il diminue, et ordinairement à mesure qu'il diminue, l'*ictère* se manifeste. En même temps il y a des *vomituritions* ou des *vomissemens* qui n'amènent que des matières aqueuses et verdâtres. Les vomissemens suivent la douleur et diminuent avec elle, la *fièvre* se joint à ces accidens et lorsque la première acuité des symptômes est tombée, les auteurs signalent une fièvre accompagnée d'un *pouls petit et serré,* d'une *soif vive*, mais où il n'y a ni frisson ni chaleur remarquable. La *constipation* existe et l'urine a les caractères de l'urine des ictériques.

« Si la maladie tend à sa guérison, la douleur et l'ictère s'évanouissent peu à peu; les selles deviennent régulières, sinon les souffrances se réveillent par intervalles, l'ictère s'accroît, *la peau devient sèche* et la mort survient soit par l'effet de l'inflammation seule de la vésicule, soit par la *perforation* de cette poche, accident que l'on reconnaît à l'apparition subite des symptômes d'une péritonite suraiguë. »

Telle est la description tracée par M. Littré. S'il faut en croire J. L. Petit, il est beaucoup d'autres symptômes qui appartiennent à l'inflammation de la vésicule du fiel; ce sont, lorsque la suppuration s'est faite, la *diminution de la douleur* et de la fièvre, le *caractère pulsatif de la douleur*, l'*abattement* qui persiste après; des *frissons irréguliers* et d'assez longue durée, la *chaleur* et la *moiteur* qui les suivent. En outre, lorsque l'abcès est établi, on observe des phénomènes particuliers qu'il importe d'indiquer.

Abcès de la vésicule du fiel. Lorsque l'abcès formé par suite de l'inflammation de la vésicule biliaire devient accessible à l'exploration, on trouve au-des-

sous du rebors des fausses côtes et dans le point correspondant à l'organe malade, une *tumeur* non circonscrite qui paraît, suivant l'expression de J. L. Petit, comprise dans l'enceinte des parties voisines, et, pour ainsi dire, confondue avec les tégumens. A son niveau, on trouve un *empâtement* plus ou moins marqué; il n'y a autour *aucune dureté*, et, à une époque plus avancée, la peau rougit et présente un point acuminé. La *fluctuation*, qui est toujours assez tardive, est d'abord obscure; elle devient apparente dans le centre de la tumeur, et s'étend chaque jour à mesure que la suppuration augmente.

Quand, par suite des progrès de la maladie, l'abcès s'est ouvert au dehors, ou lorsque, à l'aide de l'opération, on évacue le foyer purulent, on voit presque toujours sortir avec le pus un nombre très-variable de calculs biliaires, et parfois une certaine quantité de bile. L'écoulement du liquide et la sortie des calculs se prolonge souvent pendant un temps fort long, et, ce qu'il y a de remarquable, sans altérer notablement la santé, et l'ouverture de l'abcès reste fistuleuse. Ce sont surtout les calculs qui donnent lieu à la formation des *fistules*; car si l'abcès n'en contient pas, ce qui est bien rare, ou s'ils sont promptement évacués en totalité, l'ouverture peut se cicatriser promptement.

On voit que la symptomatologie de l'inflammation de la vésicule biliaire, si elle présente quelques parties assez bien étudiées, est loin d'être établie d'une manière définitive. La description de J. L. Petit n'a d'importance réelle que relativement aux abcès, et celle de M. Littré a dû nécessairement se ressentir de la pénurie des faits et surtout du défaut de détails

qu'ils présentent. Aussi quelques-unes des propositions qu'elle renferme sont-elles contestables. Cet auteur indique, par exemple, l'ictère, comme constant, et cependant j'ai sous les yeux quelques faits où il a complétement manqué.

Marche ; durée ; terminaison. La *marche* de la maladie est ordinairement très-aiguë : nous avons vu même que, dans un certain nombre de cas, les symptômes acquéraient presque subitement leur plus haut degré de violence. Cependant il résulte de la description de J. L. Petit, que cette rapidité très-grande de la marche de la maladie n'a lieu que dans les premiers temps, et qu'à l'époque où la suppuration s'établit, les divers phénomènes ne se succèdent plus qu'avec une certaine lenteur. C'est, au reste, ce qu'on observe dans tous les abcès chauds, quel que soit leur siége.

Nous ne pouvons pas indiquer d'une manière précise la *durée* de cette affection : tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans les cas où l'on a pu croire à l'existence d'une inflammation de la vésicule biliaire, terminée par résolution, la durée n'a guère dépassé quatre ou cinq jours. Dans les cas, au contraire, où il se forme un abcès, cette durée devient beaucoup plus longue.

Nous venons de voir que la maladie se *terminait* quelquefois par résolution. M. Andral a cité un cas qui paraît être de ce genre, autant du moins qu'on peut avoir confiance dans le diagnostic d'une maladie aussi imparfaitement connue sous tant de rapports. La *terminaison* par suppuration peut être regardée comme constante lorsque l'inflammation est causée par la présence des calculs : en pareil cas, la

guérison peut avoir lieu par suite de l'ouverture soit naturelle, soit artificielle de l'abcès, à travers les parois abdominales. Dans quelques cas, comme je l'ai indiqué plus haut, et comme M. Martin Solon en a cité un exemple remarquable, il y a perforation de la vésicule, épanchement du pus mêlé ou non de bile dans la cavité du péritoine et péritonite mortelle.

Quelquefois aussi la perforation peut se faire du côté de l'intestin, et la guérison avoir lieu par suite de l'évacuation des calculs. M. Louis m'a communiqué un cas de ce genre bien remarquable, surtout sous le point de vue de l'état anatomique de la vésicule, après la sortie du calcul. J'y reviendrai lorsque j'aurai à faire l'histoire des *calculs biliaires*. Telles sont les terminaisons les mieux connues de cette maladie.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques consistent dans l'épaississement, le ramollissement, parfois l'ulcération des parois de la vésicule biliaire, et en particulier de la muqueuse; dans la présence, dans son intérieur, de pus mêlé ou non à de la bile, et souvent de calculs en plus ou moins grand nombre; enfin, dans certains cas, dans des perforations plus ou moins nombreuses; M. Martin Solon, dans le cas cité plus haut, en a trouvé jusqu'à vingt-sept. Lorsque la perforation de la vésicule a donné lieu au passage dans le péritoine du liquide qu'elle contenait, on trouve les traces d'une péritonite extrêmement violente qui a emporté le malade. Mais c'est là un point qu'il suffit de signaler ici.

Diagnostic. Le diagnostic de l'inflammation de la vésicule biliaire présente d'assez grandes difficultés lorsque l'abcès n'est point accessible à l'exploration. Cependant, ainsi que le fait remarquer M. Littré,

en ayant égard aux diverses circonstances indiquées dans la description des symptômes, on peut encore arriver à reconnaître son existence. Si, en effet, une douleur très-vive, ayant son siége immédiatement au-dessous des fausses côtes et derrière le muscle droit, se fait sentir plus ou moins brusquement; si la fièvre ne tarde pas à s'établir, s'il n'y a point, au bout d'un court espace de temps, de fluctuation très-marquée dans le lieu occupé par la douleur, et surtout si l'ictère n'est pas très-intense et ne se manifeste pas très-promptement, on devra croire à une inflammation de la vésicule.

Ce n'est guère, en effet, qu'avec une rétention de la bile dans cet organe, ou avec une hépatite aiguë, qu'on pourrait la confondre; mais la *rétention de la bile*, qui peut se faire d'une manière très-prompte et avec l'apparition d'une douleur vive, surtout lorsqu'elle est due à un calcul engagé dans le canal cholédoque, ne s'accompagne pas de fièvre ou ne donne lieu qu'à quelques frissons de courte durée; elle produit bientôt un ictère très-intense, et enfin la tumeur et la fluctuation, qui se manifestent promptement sous les fausses côtes, viennent contribuer à fixer le diagnostic. Je reviendrai tout à l'heure sur ces signes, et surtout sur les signes locaux. J'indique ici ce que nous savons de plus exact : toutefois qu'on ne croie pas que ce diagnostic est aussi précis qu'on pourrait le désirer. Je citerai, en effet, dans l'article consacré à la rétention de la bile, quelques faits où les signes que je viens de mentionner étaient bien loin d'être évidens.

Quant à l'*hépatite aiguë*, elle se distingue de l'inflammation de la vésicule par l'étendue plus grande

de la douleur, par l'augmentation de volume du foie, et enfin par la manière moins brusque dont les symptômes se sont produits. N'oublions pas encore ici que ces signes ne sont pas constans, et reconnaissons qu'il faudrait une étude plus approfondie pour établir un diagnostic plus positif.

Dans les cas où un abcès s'est produit dans la vésicule biliaire, le diagnostic présente de nouvelles considérations, et c'est dans le Mémoire de J. L. Petit qu'il faut particulièrement les chercher. L'abcès de la vésicule peut être confondu soit avec un *abcès du foie* lui-même, soit avec la *rétention de la bile*, dont j'ai parlé plus haut; voici comment on parviendra à le distinguer de ces deux affections :

L'abcès de la vésicule du fiel n'est jamais éloigné du rebord des fausses côtes et du muscle droit. Il peut en être tout différemment pour l'*abcès du foie*. La fluctuation est ordinairement beaucoup plus facile à percevoir dans le cas d'abcès de la vésicule; en outre, il n'y a pas une dureté environnante à beaucoup près aussi marquée que dans l'abcès occupant le parenchyme hépatique. Tels sont les signes différentiels de ces abcès, qui néanmoins peuvent, dans certains cas, être facilement confondus. Mais leur traitement étant le même, la confusion n'a pas de danger réel.

Il est bien autrement important de distinguer l'abcès de la vésicule de la *rétention de la bile*. L'opération qui convient à l'abcès serait, en effet, très-dangereuse appliquée à la rétention biliaire, et il importe d'autant plus de distinguer ces deux lésions, que l'erreur a été fréquemment commise, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture du Mé-

moire de J. L. Petit. Voici donc quels sont les signes auxquels on les distinguera d'après ce chirurgien célèbre : La douleur est de plus longue durée dans l'abcès que dans la rétention biliaire; elle est pulsative; lorsqu'elle diminue, elle ne laisse pas le malade dans un état de bien-être aussi complet que lorsque la douleur due à la rétention s'est calmée. Les frissons irréguliers sont plus longs, et ils sont suivis de chaleur et de moiteur. La fluctuation est moins promptement manifeste; elle commence par le point le plus saillant, pour s'étendre au reste de la tumeur, et enfin on trouve à la circonférence de celle-ci de l'enpâtement et un certain degré de dureté que l'on ne trouve pas dans la simple rétention de la bile.

Présenter ce diagnostic sous forme de *tableau synoptique*, ce serait s'exposer à le faire regarder comme beaucoup plus précis qu'il ne l'est réellement. Je crois qu'il est plus convenable, dans l'état actuel de nos connaissances, de s'en tenir aux considérations précédentes.

Pronostic. D'après ce qui vient d'être dit, il est évident que l'inflammation de la vésicule du fiel est une affection grave : cependant on cite un moins grand nombre de terminaisons fatales que de guérisons, soit par les seuls efforts de la nature, soit par l'intervention de l'art. L'ouverture de l'abcès au dehors, à travers les parois abdominales, surtout lorsqu'il y a des calculs dans le foyer purulent, est le cas le plus favorable après la résolution.

Traitement. Nous n'avons pas de recherches précises sur le traitement, si ce n'est sur les moyens chirurgicaux, qui seuls peuvent être employés avec

avantage dans certains cas. Je me contenterai donc de quelques indications relativement aux moyens médicaux.

On a recommandé la *saignée générale* plusieurs fois répétée, les *sangsues* appliquées au nombre de sept, vingt, trente, à plusieurs reprises, et les *ventouses scarifiées* sur l'hypochondre droit et sur la partie antérieure de l'abdomen. On mesure l'énergie de ces moyens à l'intensité de la douleur et à la violence de la fièvre. Les *applications émollientes*, telles que de larges cataplasmes, des fomentations avec l'eau de guimauve, etc., et aussi les *bains fréquens et longtemps prolongés* sont également prescrits, et, suivant la plupart des auteurs, avec un succès réel. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ces moyens paraissent appropriés à la nature des symptômes.

Les *purgatifs* sont aussi recommandés, et les médecins anglais ont particulièrement préconisé l'usage du *calomel*. Mais cette substance n'est pas administrée par eux uniquement comme purgative, et plusieurs se proposent, en la donnant, de déterminer la salivation. Aucune recherche positive n'a été entreprise dans le but de déterminer quelle est l'influence réelle de ce moyen. Quant aux autres purgatifs, tels que l'*huile de ricin*, la *rhubarbe* à la dose de 3, 4 ou 6 grammes, les *sels neutres*, on admet généralement qu'ils ont des effets avantageux, mais plusieurs auteurs les proscrivent dans certains cas où ils supposent l'existence d'une inflammation de l'intestin qui, s'étant développée primitivement, s'est ensuite propagée aux voies biliaires. Nous avons vu plus haut que ce mode

de production de l'inflammation de la vésicule biliaire n'était rien moins que démontré, et que les craintes de ces auteurs sont chimériques.

Si je joins aux moyens précédens l'emploi de quelques *narcotiques* et de quelques *révulsifs* appliqués sur la peau, j'aurai fait connaître le traitement généralement adopté. Mais je dois ajouter que l'inflammation de la vésicule biliaire étant, comme je l'ai déjà dit, le résultat ordinaire de la présence des calculs, le traitement propre à ces concrétions biliaires devra être presque toujours mis en usage. Pour les détails, je renvoie le lecteur à l'article suivant, où le traitement des calculs biliaires sera présenté.

Moyens chirurgicaux. Si l'on s'est bien assuré qu'il existe un *abcès de la vésicule biliaire*, et que des adhérences entre cette poche et la paroi abdominale se sont établies, ce que l'on reconnaît à l'empâtement de cette paroi, et surtout à la saillie et à la rougeur diffuse que l'on remarque sur la peau, on ne doit pas hésiter à ouvrir la tumeur. Presque toujours, en pareil cas, il y a eu déjà rupture de la vésicule, et c'est la paroi abdominale elle-même qui forme la limite antérieure de l'abcès. L'*incision simple* est pratiquée de telle manière qu'elle ne s'étende pas au delà de la partie la plus saillante, et où la fluctuation se fait distinctement sentir. Après l'écoulement du liquide purulent, on peut opérer l'*extraction des calculs biliaires*, et si l'ouverture est trop étroite, on doit l'agrandir avec l'instrument tranchant, mais avec beaucoup de précaution, de peur de dépasser les adhérences de la vésicule : un *pansement simple* suffit ensuite.

Fistule consécutive. « L'ouverture des abcès de la vésicule, dit Boyer (*Traité des Malad. chirurg.*, 4e édit., t. VII, p. 591), soit qu'elle ait eu lieu spontanément ou qu'elle soit pratiquée par l'art, dégénère souvent en *fistule.* Cela a lieu surtout dans les abcès causés par un calcul biliaire qui, après avoir percé par ulcération les parois de la vésicule adhérentes au péritoine, glisse entre les interstices des muscles du bas-ventre, sous les tégumens, et s'arrête dans un lieu plus ou moins éloigné des voies biliaires, où il produit une tumeur inflammatoire qui se termine par un abcès, duquel il sort du pus, de la bile, et une pierre biliaire plus ou moins volumineuse. »

Les calculs peuvent s'engager dans la fistule et produire des accidens assez marqués (douleurs, anorexie, fièvre). Pour la guérison de ces fistules, on emploie divers moyens, dont les principaux sont : la *dilatation* au moyen de bougies, d'éponge préparée, etc. etc., l'*incision*, l'*enlèvement des parties calleuses*, toutes opérations qui ont pour but de favoriser la sortie des calculs biliaires dont la présence est la cause principale de la persistance des fistules. Mais ce sont là des considérations chirurgicales que je ne dois pas pousser plus loin, et sur lesquelles je me contenterai d'appeler l'attention du lecteur.

2°. *Inflammation des conduits biliaires.* Nous ne possédons que des renseignemens tout à fait insuffisans sur l'inflammation bornée aux conduits qui portent la bile de la vésicule dans l'intestin. M. Littré a cité un exemple d'*inflammation limitée au canal cholédoque*, et qu'il a emprunté au docteur

Curry (*Bibl. britann.*, t. LX; 1815). Ce qu'il y eut de remarquable dans ce cas, ce fut une *douleur vive à l'estomac* et des *nausées* bientôt suivies de la mort. On ne trouva à l'autopsie autre chose qu'une inflammation marquée du canal cholédoque et la présence d'un certain nombre de calculs dans la vésicule. L'inflammation, suivant M. Littré, fut probablement produite par le passage brusque d'un des calculs dans le canal. Un exemple plus remarquable encore d'inflammation aiguë de ce conduit se trouve dans la *Clinique médicale* de M. Andral (t. II, p. 556, obs. XLVI). L'inflammation fut si violente dans le canal cholédoque, qu'elle en détermina l'oblitération, qu'il y eut rupture de la vésicule et péritonite mortelle. M. Andral pense que, dans ce cas, l'inflammation s'était propagée du duodénum au canal cholédoque, mais rien n'est moins prouvé. Le duodénum était sain. On voit combien sont vagues nos documens sur ce point de pathologie.

On trouve quelquefois une *oblitération* plus ou moins complète des *conduits biliaires*, et dans quelques cas on est porté à attribuer cette oblitération à une inflammation antécédente. Mais cette inflammation était-elle bornée aux conduits biliaires, ou a-t-elle occupé également la vésicule? Quels sont les symptômes auxquels elle a donné lieu? Sous quelles influences s'est-elle produite? Ce sont là des questions qu'il nous est impossible de résoudre.

3°. *Inflammation chronique de la vésicule et de ses conduits.* Ce n'est encore qu'à l'aide de l'anatomie pathologique qu'on a tracé la description extrêmement incomplète de l'inflammation chronique des voies biliaires. Tout ce qu'il importe d'en

dire ici, c'est que, une *douleur fixe*, au-dessous des fausses côtes droites et derrière le muscle droit, ayant une *longue durée* avec des exacerbations variables, et des *troubles digestifs* très-divers, ont été assignés comme symptômes à cette affection; que c'est presque toujours dans les cas de calculs qu'on a noté l'inflammation chronique des voies biliaires, et que les lésions trouvées après la mort sont l'épaississement, les ulcérations des parois de la vésicule, la présence du pus dans son intérieur, avec des lésions semblables dans les canaux d'excrétion de la bile qui présentent souvent une oblitération plus ou moins complète. Dans un cas, M. Louis a vu l'induration de la vésicule succéder à sa perforation par un calcul.

Quant au traitement, je me contenterai de faire remarquer qu'il ne présente rien de particulier, qu'il n'est autre que celui qu'on oppose généralement aux calculs biliaires, et je me hâte d'abandonner ce sujet encore si obscur.

ARTICLE II.

CALCULS BILIAIRES.

On ne trouve dans les anciens auteurs aucune mention des calculs biliaires; Rhazès seulement parle d'une pierre de ce genre trouvée dans les canaux de la bile sur un bœuf. On a dit, il est vrai, qu'Hippocrate faisait mention de ces concrétions dans sa *Lettre sur la Maladie de Démocrite*, mais on s'est trompé. C'est à Vésale, Fallope (*Observ. anat.;* Venise, 1561), et surtout à Fernel (*Pathol.*, lib. VI, cap. v) qu'il faut arriver pour trouver quel-

ques notions sur ce point de pathologie. Ce dernier fit connaître la possibilité de l'expulsion de ces calculs pendant la vie. Plus tard, un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Van Swieten (*Comment. in Boerhaav. Aph.*), Fréd. Hoffmann (*de Dolor. et Spasm. precord.*, etc.), Morgagni (*de Sedib. et Caus.*, ep. XXXVIII), ont étudié avec assez de soin cette maladie, sur laquelle MM. Bouillaud (*Recherch. cliniq. sur les Mal. des voies bil.;* Journ. complém. des Scienc. médic.; déc. 1827), Stokes (*The Lond. Med. and Surg. Journ.*, vol. V), Fauconneau-Dufresne (*Rev. med.*, 1841), et plusieurs autres auteurs, ont publié des recherches cliniques importantes.

§ Ier. — Fréquence.

La *fréquence* des calculs biliaires est assez grande; mais dans la pratique médicale on n'a pas très-souvent lieu de donner des soins aux malades atteints de cette affection, attendu que, dans un nombre assez considérable de cas, elle peut exister jusqu'à la mort sans produire aucun phénomène digne de remarque.

§ II. — Causes.

Nous n'avons que des données extrêmement vagues sur les causes des calculs biliaires. Plusieurs auteurs se sont fait sur ce point des opinions qui sont loin d'être appuyées sur des faits concluans. Je me bornerai à mentionner les principales circonstances indiquées par eux.

1°. *Causes prédisposantes.*

C'est ordinairement *à une époque assez avancée de l'existence* que se produisent les calculs biliaires;

cependant on a signalé quelques exemples de cette affection non-seulement dans la jeunesse, mais encore dans l'enfance. Portal, entre autres, cite deux cas de calculs biliaires chez des *enfans nouveau-nés;* mais Billard et les autres auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies des enfans ne parlent pas de cette affection, et pour mon compte je n'en ai jamais trouvé un seul exemple.

D'après M. Crisp (*the Lancet;* Lond., 1841), c'est principalement aux environs de cinquante ans que se produit cette affection.

Rien ne prouve qu'un *sexe* soit plus exposé que l'autre aux calculs biliaires. D'après les faits examinés par Morgagni, on doit même admettre que les deux sexes y sont également sujets.

Suivant quelques auteurs, les calculs des voies biliaires affectent principalement les hommes *sédentaires*, les *gens de lettres*, ceux qui ont l'habitude de rester assis après leur repas (Wan Swieten), ceux qui se tiennent habituellement *courbés en avant*, et compriment par là les organes abdominaux. Mais on sent combien toutes ces assertions auraient besoin d'une démonstration rigoureuse. Il en est de même de l'influence qu'on a attribuée à l'usage excessif des *boissons alcooliques*, de la *bière*, etc. etc.

Enfin on a accordé une grande influence aux *climats froids*, et quelques auteurs, Rudolphe, Schwediels (*Med. Annal.*), J. Frank (*Prax. Med., de calcul. bilian.*), ont attaché une grande importance à l'*hérédité* dans cette affection.

2°. *Causes occasionnelles.*

Parmi les causes occasionnelles, je citerai les *vives*

émotions, les *passions violentes*, les *violences extérieures*, l'*usage immodéré du tabac*, l'*exposition continuelle aux émanations de la vapeur du charbon*, etc. etc. Il suffit, comme on le voit, de mentionner ces causes, qui n'ont pour elles que des idées théoriques, ou quelques cas isolés dans lesquels on ne peut voir que de simples coïncidences.

Ce qui prouve combien nous sommes peu instruits sur l'étiologie des calculs biliaires, c'est qu'après avoir donné leurs opinions sur les causes qui produisent ces concrétions, tous les auteurs finissent par reconnaître qu'il faut admettre l'existence d'une cause inconnue.

§ III. — Symptômes.

Pour décrire les symptômes auxquels donne lieu la présence des calculs biliaires, il faut nécessairement diviser le sujet en plusieurs parties importantes : tantôt les calculs biliaires *restent renfermés dans la vésicule;* tantôt ils se forment à la racine du canal hépatique et restent dans leur siége primitif, ou s'engagent dans ce canal, et tantôt enfin ils pénètrent dans le canal cholédoque, lieu dans lequel ils peuvent rester à demeure, obstruant plus ou moins complétement le conduit, ou qu'ils peuvent traverser, après avoir produit divers accidens.

1°. *Calculs dans la vésicule biliaire.* Nous possédons aujourd'hui un très-grand nombre de faits qui prouvent que des calculs, en nombre considérable, peuvent exister dans la vésicule biliaire *sans donner lieu à aucun symptôme*, et l'on s'est assuré après la mort que, dans ces cas, la présence des concrétions n'avait déterminé aucune altération dans les parois

de la cavité. Toutefois, si les calculs sont en nombre très-considérable et si la vésicule se trouve distendue, on peut observer, comme cela a eu lieu dans plusieurs cas cités par les auteurs, une *gêne*, un sentiment de *pesanteur* et de *tension* dans l'hypochondre droit. Quelquefois des sujets se sont plaints d'éprouver un mouvement incommode au niveau des fausses côtes droites, lorsqu'étant couchés ils voulaient se tourner d'un côté sur l'autre, et principalement sur le côté gauche : ces cas sont rares; Fabrice de Hilden en a cité un exemple.

Quelquefois cette gêne peut dégénérer en véritable *douleur;* mais, sous ce rapport, les renseignemens fournis par les auteurs sont tout à fait insuffisans. Est-il en effet démontré que dans les cas dont il s'agit la douleur fût uniquement due à la présence des calculs dans la vésicule et à la plus ou moins grande distension de cette poche? N'est-il pas survenu un certain degré d'inflammation? Les calculs ne se sont-ils pas engagés dans la partie étroite et tortueuse du col de la vésicule? C'est ce qu'on n'a pas recherché par l'analyse, et ce qui nous laisse nécessairement dans une grande incertitude.

Du reste, cette douleur est très-variable quant à son intensité, à sa forme et à l'étendue de son siége. Tantôt sourde, tantôt au contraire vive et lancinante, elle peut rester bornée à l'hypochondre droit, s'étendre au reste de l'abdomen, aux parois de la poitrine et même à l'épaule.

Tels sont les seuls signes que, dans l'état actuel de la science, on puisse assigner aux calculs biliaires renfermés dans la vésicule et n'ayant point déterminé une violente inflammation et l'abcès de cet

organe. Dans quelques cas cependant on a pu, par la *palpation*, s'assurer que des calculs occupaient la vésicule : J. L. Petit en a cité des exemples. En pareil cas, si les calculs sont très-nombreux, on entend, à l'aide de la pression et surtout de la pression brusque, outre la résistance qui existe au niveau de la vésicule du fiel, un *bruit* que J. L. Petit a *comparé à celui que produisent des noisettes qu'on agite dans un sac.* Dans d'autres cas, il n'existe qu'un petit nombre de calculs volumineux et serrés les uns contre les autres; on a pu alors sentir à la palpation leur *dureté pierreuse;* mais les cas de ce genre sont très-rares.

La *percussion* est alors d'un assez grand secours : par elle, en effet, on détermine, outre la matité propre à la vésicule biliaire distendue, le *bruit de collision* qui vient d'être indiqué, bruit que l'on perçoit avec plus de facilité encore lorsqu'on applique le *stéthoscope* dans un point voisin de la vésicule. Mais, dans le plus grand nombre des cas, il faut le reconnaître, tous ces signes manquent complétement, et la présence des calculs est inaccessible à l'exploration directe.

Des *troubles digestifs* très-variés, comme des digestions laborieuses, la perte de l'appétit, la difficulté de la défécation, ont été donnés comme appartenant à la présence des calculs biliaires dans la vésicule. Mais rien ne prouve que ces symptômes aient le moindre rapport avec ces calculs, dans les cas où ils ne gênent pas le cours de la bile, cas le plus ordinaire. On a été jusqu'à attribuer la *tristesse*, l'*hypochondrie* à cette affection, mais sans aucune preuve valable.

En résumé donc, les calculs biliaires, tant qu'ils ne produisent pas d'altération dans la vésicule et qu'ils ne gênent pas le cours de la bile, n'ont pas de symptômes qui leur soient propres; mais nous avons vu plus haut qu'ils étaient une des causes les plus fréquentes de l'*inflammation des conduits biliaires*, qu'ils produisaient parfois les *ulcérations* et même la *rupture* de la vésicule; en pareil cas, ils deviennent causes des maladies particulières qui ont été déjà décrites, comme nous les verrons plus loin devenir, dans d'autres circonstances, causes de plusieurs états morbides très-marqués, qui auront leur description à part.

2°. *Calculs dans les radicules du canal hépatique.* Déjà Morgagni (*loc. cit.*) avait indiqué un assez grand nombre de faits observés par plusieurs auteurs, et dans lesquels on avait trouvé des calculs biliaires en nombre souvent fort considérable, non-seulement à la naissance du conduit hépatique, mais encore dans ses racines principales et même jusque dans les parties les plus profondes du foie. M. Fauconneau-Dufresne (*loc. cit.*, p. 29) a mentionné ces divers cas, et y en a joint plusieurs autres observés par les auteurs modernes. Il résulte des recherches de cet auteur que, sauf quelques *douleurs sourdes* dans l'hypochondre droit, et, dans quelques cas rares, des signes de *colique hépatique*, on ne peut assigner aucun symptôme à cette lésion, qui parfois même ne donne lieu à aucun phénomène.

3°. *Calculs dans le canal hépatique.* Les calculs du canal hépatique sont rares. Dans le petit nombre de cas qui ont été cités, ils ont produit des symptômes marqués : ce sont d'abord l'*ictère*, une

douleur violente au niveau des fausses côtes droites si le calcul a pénétré brusquement; des douleurs moins fortes ou intermittentes lorsque le calcul s'est établi à demeure dans le conduit; des *troubles digestifs* variables, et en particulier des vomissemens bilieux, et enfin les signes de la *péritonite suraiguë* lorsque le conduit hépatique s'est rompu et que le calcul est tombé dans le péritoine, ce qui a eu lieu dans deux cas cités par M. Fauconneau-Dufresne (*loc. cit.*, p. 34.)

4°. *Calculs dans le canal cystique.* Les calculs formés dans la vésicule peuvent s'engager dans le canal cystique. Lorsqu'ils y pénètrent brusquement et qu'ils distendent violemment ce canal, on observe les mêmes symptômes que nous avons notés dans le passage des calculs à travers le canal hépatique, et, de plus, la *rétention de la bile*, qui produit la dilatation de la vésicule du fiel, avec les accidens qu'elle entraîne à sa suite, et qui seront décrits plus tard. Cependant on conçoit que la bile trouvant dans les canaux hépatique et cholédoque, d'une part, un passage libre du foie dans l'intestin, et, de l'autre, pouvant quelquefois filtrer encore entre le calcul et les parois du canal, la *douleur seule* existe en l'absence de tout autre symptôme d'affection hépatique. C'est ce qui a eu lieu dans quelques cas d'un diagnostic très-difficile.

Parfois le calcul finit par s'établir à demeure dans le canal cystique, et la bile contenue dans la vésicule, ainsi que les parois de cette poche elle-même, peuvent subir des altérations sur lesquelles je reviendrai dans un autre article. Enfin si l'inflammation du canal a lieu par suite de la présence du

calcul, il survient des symptômes permanens qui peuvent se terminer d'une manière funeste lorsque les parois ramollies du conduit cèdent à la pression du calcul, auquel elles livrent passage par leur perforation.

Reconnaissons, au reste, que les divers états pathologiques que nous venons d'indiquer n'ont été étudiés que d'une manière superficielle; ils demandent impérieusement de nouvelles recherches.

5°. *Calculs dans le canal cholédoque.* C'est en traversant ce canal que les calculs biliaires donnent lieu aux symptômes les plus constans et les plus nombreux. C'est aussi à propos de leur engagement dans ce dernier conduit de la bile, que je parlerai d'une manière générale de ces accès de douleurs, qui peuvent résulter, comme on vient de le voir, du passage des calculs dans les autres conduits, et qu'on a désignés sous le nom d'*accès de colique hépathique*.

Colique hépatique.— Début. Parfois ces accès sont annoncés pendant un temps plus ou moins long par divers symptômes, dont les principaux sont : un sentiment plus ou moins vif de douleur qui a son siége dans l'hypochondre droit, et qui peut s'étendre plus ou moins loin ; la constipation, la couleur ictérique des urines, et parfois un commencement de teinte ictérique à la face. Mais dans d'autres cas, au contraire, dont il est impossible de préciser la proportion, rien ne peut faire prévoir l'apparition de la colique hépatique.

Symptômes de la colique hépatique. Dans tous les cas, celle-ci est annoncée par une *douleur* ordinairement très-violente, et portée quelquefois au

point que les malades perdent connaissance. La plupart prennent, pour échapper à cette douleur, des postures extrêmement variées : fléchissant le tronc en avant, se couchant en travers de leur lit, se livrant à des mouvemens désordonnés dans l'espoir de se soulager.

Comme toutes les douleurs, celle qui constitue la colique hépatique est très-diversement appréciée par les malades. Les uns la comparent à un sentiment de brûlure, les autres à celui d'un déchirement, d'un pincement, d'une violente piqûre, etc. Son *siége principal* est au-dessous des fausses côtes droites, derrière le muscle droit; mais il n'est pas rare de le voir s'irradier dans divers sens, gagnant l'épigastre, l'hypochondre gauche, les lombes, et même, ce qui est beaucoup plus intéressant pour le diagnostic, suivant le trajet de l'uretère, comme le ferait une douleur causée par la présence d'un calcul urinaire engagé dans l'uretère. Wepfer plaçait le siége principal de cette douleur au niveau de l'appendice xyphoïde, mais fréquemment on l'a vue occuper des parties assez éloignées de cet appendice.

Dans certains cas on a noté, outre la *douleur spontanée*, une *douleur marquée à la pression*, au niveau du point malade; celle-ci s'est montrée même parfois tellement vive, que les malades pouvaient à peine souffrir qu'on les touchât. Dans d'autres cas, au contraire, on a dit que la pression pouvait calmer les douleurs, mais on n'a pas distingué une pression large, exercée, par exemple en se couchant sur le ventre, d'une pression portant sur une faible étendue, ce qui avait une importance réelle. Au reste,

il faut reconnaître que, sous ce rapport, les recherches sont fort incomplètes.

Chez un certain nombre de malades, il ne se manifeste qu'*un seul accès*, d'une durée variable, ne dépassant pas, chez plusieurs, quelques minutes, ou se prolongeant, chez d'autres, pendant plusieurs heures, après quoi tout rentre dans l'ordre, et la maladie ne laisse après elle qu'une douleur contusive dans l'hypochondre droit. En pareil cas, on est en droit d'admettre qu'un calcul engagé dans les canaux biliaires s'est frayé un chemin jusque dans l'intestin, et l'on trouve, en effet, presque toujours la concrétion dans les matières évacuées peu de temps après l'accès. Dans les cas où l'on ne peut pas trouver le calcul, on pense qu'après s'être engagé dans le commencement du canal cystique, il a pu rentrer dans la vésicule biliaire; mais le fait n'est pas parfaitement démontré.

Dans le plus grand nombre des cas, au contraire, il survient plusieurs de ces accès qui constituent une véritable *attaque*. Ces accès se produisent à des intervalles variés qui ne dépassent pas ordinairement quelques heures, et ils sont souvent d'une intensité telle, que les malades appellent la mort ou sont dans un état d'*excitation* et de *jactitation* extrêmement marqué. C'est alors qu'on voit survenir des *symptômes nerveux* variés, comme les *vertiges*, le *délire*, les *convulsions*, et que la *syncope*, dont nous avons déjà indiqué l'existence, peut être si complète, que les moyens les plus actifs ont peine à la faire cesser.

Du côté des *voies digestives*, on observe également, pendant les accès, des symptômes très-divers:

ce sont la sécheresse de la bouche et du pharynx, des éructations, des nausées, des *vomissemens* composés tantôt de mucosités, tantôt de bile. Les malades désirent des boissons fraîches. On voit souvent survenir la *distension de l'estomac* par des gaz, ce qui a fait dire à Strack que le gonflement de la région épigastrique était un caractère essentiel de la colique hépatique : assertion qui n'est pas exacte, car un bon nombre d'observations prouvent que le fait est loin d'être constant. Il existe en même temps une *anxiété précordiale* telle, que les malades rejettent violemment les couvertures qui pèsent sur la base de la poitrine. Parfois on remarque des *battemens épigastriques* violens, dus sans doute au soulèvement par les artères de l'estomac distendu. Dans ces cas, la *respiration* paraît gênée; elle est fréquente, brève, suspirieuse.

Du côté de l'abdomen, le phénomène le plus remarquable et le plus constant est une *constipation* qu'il est difficile de vaincre, parce que les purgatifs, de même que les boissons, sont promptement rejetés par les vomissemens. Cependant on a vu quelquefois des *selles bilieuses* assez abondantes se produire, et l'on a pensé qu'en pareil cas le calcul occupait le canal cystique, laissant à la bile un libre cours à travers les conduits hépatique et cholédoque.

Au milieu de ces symptômes si graves, le *pouls* reste ordinairement calme, ou même prend une lenteur inaccoutumée. Mais si les premiers symptômes persistent, si l'anxiété est excessive, il est ordinaire de trouver le pouls petit, filiforme, misérable, et l'on voit aussi survenir des battemens de cœur plus ou moins violens. La *chaleur* est ordinairement con-

centrée dans la région épigastrique, tandis que le reste du corps est froid, principalement vers les extrémités. La *peau* est habituellement sèche; on l'a vue quelquefois se couvrir d'une *sueur froide*, et, dans quelques cas rares, être le siége d'une *démangeaison* vive.

Enfin il importe de signaler l'*ictère*, dont je n'ai pas encore fait mention, parce qu'il n'existe pas toujours, son apparition dépendant de certaines circonstances. Il manque ordinairement lorsqu'il ne se produit qu'un accès court à la suite duquel le calcul engagé tombe dans l'intestin. Il peut également n'avoir pas lieu lorsque le canal cystique est le siége du mal, parce qu'alors il reste encore un libre passage à la bile par les conduits hépatique et cholédoque. Mais il existe presque constamment lorsqu'un calcul reste pendant un certain temps engagé dans l'un de ces deux conduits, et principalement dans le dernier. Cet ictère ne présente rien de particulier, si ce n'est sa coïncidence avec la dilatation de la vésicule biliaire lorsque le calcul occupe le canal cholédoque, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent. J'aurai occasion de revenir sur ce sujet dans l'article consacré à l'ictère.

Cette description des accès est commune à un assez grand nombre de cas. Cependant *il n'est pas rare de voir manquer plusieurs des symptômes précédens*, et l'attaque consiste parfois uniquement dans les atteintes de douleur qui la caractérisent particulièrement. Dans quelques cas aussi *l'intensité de tous les symptômes est infiniment moins considérable* que nous ne l'avons indiqué plus haut. Enfin il est des sujets qui ont rendu un très-grand nombre de

calculs par les selles *sans avoir éprouvé aucun accident.*

La *terminaison de ces accès* doit être distinguée de la terminaison des attaques elles-mêmes, excepté dans les cas où un accès unique a lieu. Les accès se terminent souvent par la simple disparition des symptômes qui viennent d'être indiqués, sans qu'il survienne aucun phénomène remarquable. La douleur se calme ordinairement peu à peu, et quelquefois, au contraire, *d'une manière subite,* comme M. Nacquart en a cité un exemple observé sur lui-même.

Lorsque l'accès a été de courte durée, la souffrance se dissipe complétement ou presque complétement. *Dans le cas contraire*, il reste une sensibilité plus ou moins vive à la région épigastrique. Quelquefois on a vu l'accès se terminer par une *sueur* d'une abondance variable, parfois jaune et d'une odeur désagréable. *Si l'attaque n'est pas terminée*, on n'observe rien de remarquable du côté des selles, et les sujets restent dans un état d'abattement et d'appréhension dont il est difficile ou même impossible de les tirer. L'ictère ne se dissipe pas et les fonctions digestives s'exécutent péniblement.

La *cause prochaine* de ces accès survenant à des intervalles variables et constituant les attaques, se trouve, ou bien dans le passage successif de plusieurs calculs à travers les canaux biliaires, ou, ce qui est infiniment plus fréquent, dans la marche d'un seul calcul qui se fait, pour ainsi dire, par saccades. Dans ce dernier cas, après son entrée dans le canal, le calcul ayant pris, pour ainsi dire, droit de domicile, et le conduit s'étant habitué à la dilatation, la pierre s'avance de nouveau, poussée par la bile; alors sur-

viennent de nouveaux accidens, qui se terminent de même, et ainsi de suite jusqu'à ce que le calcul ait atteint le duodénum.

La *terminaison de l'attaque* a lieu ordinairement par la cessation plus ou moins rapide de la douleur, par la disparition de l'anxiété, de la chaleur épigastrique, etc., sans autres phénomènes appréciables; et ce n'est qu'au bout de deux ou trois jours qu'il survient *des selles dans la matière desquelles on trouve un ou plusieurs calculs biliaires.* Quelquefois cependant une *selle bilieuse*, abondante, *dans laquelle se trouvent les calculs*, est le signal de la disparition de tous les symptômes, et l'attaque est terminée. S'il existait un ictère, on le voit disparaître rapidement, et si cet ictère n'était que commençant, la peau reprend sa coloration ordinaire en peu d'heures.

Lorsque l'attaque n'a pas été très-violente ou de longue durée, les malades peuvent, au bout de quelques jours, reprendre leurs occupations; mais ordinairement ils sont, à des époques très-variables, repris de nouvelles attaques qui donnent lieu aux mêmes symptômes.

Dans les cas où les attaques sont extrêmement violentes, elles peuvent laisser après elles un *état de langueur et de faiblesse* qui dure assez longtemps. Mais c'est surtout lorsqu'elles ont une longue durée que l'économie éprouve les altérations les plus profondes. On voit survenir alors un *dérangement continuel des fonctions digestives*, consistant dans l'anorexie, les digestions laborieuses, des nausées, des vomissemens, une constipation opiniâtre. Ces symptômes s'accompagnent d'un *dépérissement marqué*,

il y a de l'*insomnie*, de l'*agitation* la nuit; le caractère devient morose, et parfois les malades tombent dans l'hypochondrie.

Dans quelques points des canaux biliaires que les calculs se trouvent engagés, ils peuvent déterminer la rupture de ces conduits ou leur perforation. Il est ordinaire alors de voir survenir une *péritonite suraiguë* qui résulte du passage des calculs et de la bile dans le péritoine, et qui emporte rapidement le malade. Mais dans quelques cas, par suite d'adhérences inflammatoires qui se sont formées entre les conduits biliaires et un point de l'intestin, l'expulsion au dehors du calcul peut se faire par ce dernier organe, et la terminaison favorable avoir lieu, comme je l'ai indiqué plus haut.

Chez quelques sujets, après avoir produit un plus ou moins grand nombre des accidens déjà décrits, *le calcul reste engagé dans le canal*, et cependant les accès ne se reproduisent pas. Parfois ils sont remplacés par une douleur sourde et continue, et parfois aussi il n'existe plus aucun symptôme. Alors il arrive de deux choses l'une : ou bien la bile parvient à se frayer un passage soit entre le calcul et les parois du canal, soit entre les interstices de plusieurs calculs, ce qui a été démontré par plusieurs autopsies, et c'est surtout alors que toute espèce de symptôme peut disparaître ; ou bien il existe un obstacle permanent au cours de la bile, et alors se manifestent les symptômes de rétention de ce liquide dans la vésicule et dans le foie, symptômes que je décrirai en détail dans l'article suivant.

Quelquefois une *inflammation aiguë* ou *chronique du foie* vient compliquer la maladie : c'est surtout

ce qui a lieu dans les cas où le calcul occupe les racines du conduit hépatique.

Enfin, dans d'autres cas, heureusement rares, on a vu les malades succomber au milieu d'une syncope produite par l'excès de la douleur.

Telle est la description de la colique hépatique qui est due le plus souvent à l'engagement des calculs dans le canal cholédoque. J'en ai emprunté une bonne partie au Mémoire de M. Fauconneau-Dufresne, qui a consulté les principaux faits épars dans les auteurs. On voit cependant qu'elle est bien loin d'avoir la précision désirable, et qu'elle résulte presque tout entière d'appréciations générales dont il serait bon de vérifier l'exactitude par une analyse rigoureuse d'observations exactes, détaillées et nombreuses.

Lorsque l'accès est terminé par suite du passage du calcul dans l'intestin, soit par les conduits biliaires, soit par une perforation de la vésicule et de l'intestin lui-même, il peut survenir quelques accidens dont je dois dire un mot. Les calculs sont quelquefois si nombreux ou si volumineux, qu'ils peuvent déterminer une véritable *obstruction intestinale*. Saunders, J. Frank et plusieurs auteurs ont cité des exemples du passage de calculs d'une grosseur prodigieuse dans l'intestin. Lorsque le volume n'est pas excessif, on conçoit que la simple dilatation des conduits ait suffi pour livrer passage à la concrétion; mais lorsqu'il égale celui d'un œuf de poule, on a peine à comprendre qu'il en soit ainsi. Aussi, en pareil cas, y a-t-il inflammation de la vésicule, adhérence de cette poche à l'intestin, et perforation des parois des deux cavités.

Les calculs peuvent s'arrêter dans divers points de l'intestin, mais on les trouve le plus souvent vers la valvule du cœcum et dans le rectum. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont ceux de l'*obstruction intestinale*. Si le calcul est dans le rectum, on peut ordinairement le sentir par le toucher.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est chronique, et on n'observe, comme nous l'avons dit, de symptômes évidens, du moins dans les cas ordinaires, qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est une intermittence irrégulière déterminée par l'engagement plus ou moins fréquent des calculs dans les canaux, par la distension de la vésicule, ou par les diverses lésions auxquelles la seule présence de ces calculs peut donner lieu.

La *durée*, considérée d'une manière générale, est illimitée. La durée des accès de colique hépatique varie de quelques minutes à plusieurs heures, rarement au delà, et la durée des attaques, qui dans quelques cas peut ne pas dépasser celle d'un simple accès, peut aussi se prolonger pendant plusieurs jours.

La *terminaison* est très-variable dans les différens cas. Chez un assez bon nombre de sujets, comme nous l'avons vu, les calculs ne produisent aucun phénomène particulier; la maladie dure jusqu'à la mort des malades, causée par une autre affection. Dans les cas où la présence des calculs détermine l'inflammation de la vésicule, ou bien il y a sortie

de ces corps étrangers à travers les parois abdominales, et alors l'affection se termine comme nous l'avons vu à l'article *Inflammation de la vésicule biliaire*, ou bien il y a ouverture de l'abcès dans l'intestin, dans l'estomac, et nous avons encore fait connaître dans le même article ce qui se passait dans ces différens cas. A ce sujet j'indiquerai ici un fait qui m'a été communiqué par M. Louis, et dans lequel une pierre du volume d'une noix ayant déterminé la perforation de l'intestin, laissa une communication directe entre la vésicule et cet organe, ce qui fut constaté par la résonnance gazeuse produite au niveau du réservoir de la bile, où se trouvait une tumeur du même volume que le calcul.

Nous avons vu plus haut qu'on avait attribué la mort à l'inflammation du canal cholédoque, causée par le passage d'une concrétion biliaire à travers ce conduit. La suppuration du foie, produite par la présence d'un calcul dans les racines du conduit hépatique, est également une cause de terminaison funeste, et nous en trouvons une autre dans la rupture des divers conduits et dans la chute des calculs dans le péritoine : faits que nous avons suffisamment indiqués plus haut.

§ V. — Lésions anatomiques et composition des calculs.

Dans un bon nombre de cas, on ne trouve aucune lésion anatomique dans la vésicule ni dans les conduits, quoique les calculs soient volumineux ou en nombre considérable. Quelquefois la vésicule présente des parois épaissies, la muqueuse est ramollie, offre des ulcérations dans divers points, et dans d'autres un épaississement plus ou moins con-

sidérable ; quelquefois, au contraire, elle est, ainsi que les autres membranes, épaisse et dure, et la vésicule alors ne s'affaisse pas complétement sur un plan solide. La membrane moyenne présente le plus ordinairement le plus haut point d'hypertrophie et d'induration, et, dans cet état, elle a des fibres apparentes, ce qui a porté quelques auteurs à la regarder comme de nature musculaire. Les lésions de ce genre sont dues à une inflammation chronique. Dans d'autres cas, la membrane muqueuse est lisse et polie, et a perdu son aspect velouté; d'autres fois elle est réticulée, et enfin on l'a trouvée couverte de granulations ; c'est encore à une inflammation chronique qu'on doit attribuer ces divers états. Dans le cas observé par M. Louis, et que j'ai cité plus haut, les parois de la vésicule avaient acquis une dureté évidente, ce qui était peut-être dû à une transformation demi-cartilagineuse ; mais le fait n'a point été vérifié par l'autopsie.

La vésicule peut se trouver plus ou moins distendue soit par un seul calcul volumineux, ce qui est rare, soit par un grand nombre de calculs. Quelquefois il n'existe qu'un seul calcul d'un médiocre volume, et cependant les parois de la cavité l'embrassent fortement et lui sont accolés par tous les points ; en pareil cas, il y a eu un retrait évident de la poche membraneuse. On a trouvé parfois la vésicule divisée en plusieurs loges par des cloisons plus ou moins complètes et des calculs dans quelques-unes de ces loges. Il n'est pas très-rare de voir des adhérences de la vésicule aux organes environnans; parfois aussi, par suite d'une perforation, les calculs sont sortis de cette poche, et sont passés dans une ca-

vité accidentelle formée dans le tissu cellulaire environnant, soit du côté du foie, soit du côté de l'intestin; enfin on peut voir dans celui-ci des traces d'une perforation par laquelle le calcul a passé dans sa cavité. La résonnance gazeuse qu'on observait au niveau de la vésicule, dans le cas qui m'a été communiqué par M. Louis, et que j'ai plusieurs fois cité, ne pouvait pas laisser de doute sur la persistance d'une communication directe entre la cavité de l'intestin et celle de la vésicule, dont les parois s'étaient endurcies.

Les conduits de la bile participent souvent aux diverses lésions que je viens d'énumérer. En outre, ils présentent souvent une dilatation considérable; lorsqu'un calcul engagé dans leur extrémité inférieure a arrêté le cours de la bile, cette dilatation est marquée dans toutes les parties supérieures, sans en excepter la vésicule, qui peut acquérir des dimensions fort grandes; mais cette dilatation, par suite de la rétention de la bile, n'a lieu parfois que dans les premiers temps qui suivent l'engagement du calcul et l'oblitération du canal; car plus tard il peut survenir des altérations qui changent complétement l'état des choses; mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir dans un des articles suivans.

Dans la plupart des cas, et surtout dans ceux où, malgré la présence des calculs, le fluide biliaire a pu continuer à couler assez librement, celui-ci ne présente aucune altération appréciable; mais quelquefois il paraît plus épais, plus visqueux, et on y a trouvé des paillettes brillantes de cholestérine; dans d'autres cas, au contraire, la bile est décolorée, très-fluide et semblable à de la sérosité. Ces altéra-

tions se remarquent particulièrement lorsque, par une cause quelconque, le cours de la bile a été interrompu ou considérablement gêné. J'y reviendrai aussi dans un des articles suivans.

Quant aux calculs eux-mêmes, ils ont été étudiés avec le plus grand soin sous tous les rapports. Il me serait facile d'en tracer ici une description très-détaillée, mais il y aurait si peu d'utilité sous le point de vue pratique, que je crois devoir me contenter d'énoncer rapidement les principaux caractères de ces corps pierreux. Parfois très-nombreux, puisqu'on en a trouvé jusqu'à plus de trois mille (Morgagni, *loc. cit.*), et quelquefois, comme on l'a vu plus haut, au nombre de deux ou trois seulement, ou même d'un seul, ils ont un volume très-variable. Le plus gros qui ait été observé, à ma connaissance, est celui qui a été trouvé par Meckel, cité par les auteurs du *Compendium;* cette concrétion n'avait pas moins, en effet, disent ces auteurs, de quinze centimètres de long et de douze centimètres dans sa grande circonférence. Il faut, comme on le pense bien, un volume beaucoup moins considérable pour remplir la vésicule. Quelquefois, au contraire, le volume des calculs ne s'élève pas au-dessus de celui d'un pois, et l'on a trouvé plusieurs fois dans la vésicule une simple poussière semblable à celle qui constitue la gravelle dans les affections des voies urinaires. Mais le plus souvent les calculs ont environ la grosseur d'une petite noisette.

Ils sont ordinairement lisses, onctueux et doux au toucher; leur couleur est verte, jaune, fauve, parfois blanche. Ils présentent quelquefois l'aspect métallique. Leur couleur varie suivant la substance qui

entre en plus grande quantité dans leur composition.

Ils ont des formes très-diverses ; ils sont ovales, pyramidaux, cubiques, le plus souvent pentagones, ce qui résulte évidemment de leur contact quand ils sont en certain nombre dans la vésicule. Il n'est pas fréquent de les voir hérissés d'aspérités; c'est cependant ce que l'on observe quelquefois, et ce qui se voit principalement dans les calculs volumineux qui ont été longtemps embrassés étroitement par la vésicule, et n'ont pu se développer que dans les points en rapport avec les lacunes muqueuses ; cette conformation coïncide surtout, suivant les auteurs, avec les ulcérations et les diverses formes de l'inflammation chronique de la vésicule.

Ils ont une pesanteur spécifique très-variable, et ne surnagent pas tous, à beaucoup près, quand on les met dans l'eau, comme l'ont cru quelques auteurs. Ils ont une consistance différente, suivant qu'ils sont formés de cholestérine ou de matière colorante; durs dans le premier cas, ils sont mous dans le dernier.

Ordinairement homogènes, formés soit de matière colorante verte, ce qui est le cas le plus commun, soit de cholestérine, ils peuvent avoir cette dernière substance comme noyau, tandis que la circonférence est formée par la matière colorante.

Mais je ne crois pas devoir entrer dans les détails donnés par les auteurs sur ce sujet, attendu qu'ils n'ont pas pour nous d'importance réelle. Je me crois également dispensé d'exposer l'analyse chimique, qu'on trouvera facilement dans les ouvrages de Fourcroy, de Baillie (*Anat. pathol.*) et du docteur Marcet (*Essai sur les Affect. calcul.*).

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le *diagnostic* des calculs biliaires est presque toujours impossible lorsque l'affection ne donne pas lieu à la colique hépatique ou à l'inflammation de la vésicule. Quelquefois cependant on a pu, par suite de la distension de cette poche, reconnaître la présence des calculs par la palpation et par la percussion ; mais ces cas sont rares, et il suffit de les mentionner sans y insister davantage.

Dans les cas où les calculs ont produit l'*inflammation de la vésicule*, c'est celle-ci qui attire principalement l'attention, et nous avons vu plus haut (*voyez* article *Inflammation des voies biliaires*) qu'il est impossible de s'assurer directement si cette inflammation est due ou non à la présence des calculs. Toutefois on devra regarder le fait comme extrêmement probable, puisque, comme nous l'avons constaté, c'est presque toujours à la présence des calculs qu'est due l'inflammation. Reste maintenant le diagnostic des calculs engagés dans les conduits biliaires et produisant la colique hépatique.

On pourrait confondre la colique hépatique, à son début, avec une *péritonite* commençante, et surtout avec une *péritonite par perforation*. Dans ces deux affections, en effet, il y a une douleur violente qui s'est brusquement produite, et nous avons vu que, dans la colique hépatique, on pouvait observer des vomissemens opiniâtres, une sensibilité vive de l'abdomen, une anxiété considérable, et même le froid des extrémités. Mais à une époque plus avancée, il est rare qu'on éprouve quelque difficulté à poser le diagnostic. Nous avons dit, en effet, que la colique

hépatique se manifestait par des accès plus ou moins éloignés qui constituaient une attaque, et que si l'obstacle au cours de la bile persistait, l'ictère ne tardait pas à survenir. On observe en outre, au début des deux affections, des signes différentiels qui, bien que n'ayant qu'une valeur incomplétement appréciée, méritent d'être mentionnés. Nous avons vu que souvent le pouls restait calme au milieu des symptômes si violens de la colique hépatique; or c'est ce qui n'arrive jamais dans la péritonite par perforation. De plus, s'il est vrai que, dans la colique hépatique, la douleur peut s'étendre à tout l'abdomen et déterminer une sensibilité marquée de cette cavité, on n'observe pas cette invasion rapide d'une douleur excessive et ne permettant pas le moindre contact sur les parois abdominales, qui caractérise la péritonite par épanchement; c'est, au reste, ce dont on peut s'assurer dans les cas où, dans le cours d'un accès de colique hépatique, il y a eu rupture du conduit et passage des calculs et de la bile dans le péritoine. Malheureusement les observations de ce genre n'ont pas été recueillies avec tout le soin désirable.

On a indiqué encore l'*iléus* comme pouvant être confondu avec la colique hépatique. Nous avons vu dans la description des maladies du tube intestinal (*voy.* t. V, articles *Étrangl. intest.* et *Invagin. intest.*) que ce mot *iléus* est un nom générique appliqué à des affections diverses qui ont pour résultat l'interruption du cours des matières fécales, et par suite des accidens graves. Ce sont ces accidens, considérés d'une manière générale, qui peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Voici ce que disent à ce

sujet les auteurs du *Compendium* (t. I[er], *Calculs bil.*, p. 557) : « Nous avons été témoins de deux faits qui montrent jusqu'à quel point le diagnostic entre ces deux affections peut être difficile à établir. Deux malades qui n'avaient jamais eu de jaunisse ni de douleurs hépatiques, furent pris tout à coup de tous les phénomènes qui révèlent cet étranglement interne; on était encore dans le doute sur la nature du mal, que l'on traitait du reste comme un iléus, lorsque les douleurs cessèrent brusquement chez l'un d'eux à la suite de l'émission de calculs par le vomissement. Chez l'autre, un ictère apparut, et il fut entièrement délivré de son mal. Nous avons entendu M. Chomel citer des faits analogues. »

Il n'est donc pas douteux que quelques cas embarrassans peuvent se présenter au praticien; mais il ne suffit pas d'indiquer ce diagnostic difficile, il faut encore mentionner les signes propres à lever les difficultés. S'il s'agit de l'*invagination intestinale*, la déformation du ventre, la tumeur, la douleur dans un point de l'abdomen, servent à fixer le diagnostic. S'il y a *engouement intestinal*, l'on observe également la tumeur formée par l'accumulation des matières fécales, et l'on a en outre, pour se guider, la marche plus lente de l'affection. Reste donc l'*étranglement interne* proprement dit, et surtout *celui qui est causé par le passage d'une anse d'intestin sous une bride.* En pareil cas, le ballonnement rapide du ventre est le phénomène le plus important à noter sous le point de vue du diagnostic; reconnaissons, du reste, que ce sujet demande une étude beaucoup plus approfondie que celle qu'on en a faite jusqu'à présent.

Parmi les maladies qui peuvent rendre le diagnostic difficile, on a encore cité la *névralgie hépatique;* mais je ne crois pas devoir en parler ici, parce que, un peu plus loin, j'entrerai dans une discussion qui me paraît nécessaire sur l'existence de cette névralgie, et qu'il sera temps alors de revenir sur ce point.

On a également cherché à établir des signes distinctifs entre la colique hépatique et les *accidens occasionnés par certains calculs dans la cavité intestinale;* mais ces derniers cas sont si rares, qu'il est peu important de s'en occuper, d'autant plus que nous n'avons à cet égard que des données extrêmement vagues.

Reste enfin la *colique néphrétique.* Ici les difficultés peuvent être fort grandes, surtout lorsque les douleurs sont occasionnées par l'engagement d'un gravier volumineux dans l'uretère. La douleur se produit brusquement, elle a les mêmes caractères, et l'anxiété du malade est la même. D'un autre côté, nous avons vu plus haut que, dans quelques cas, les douleurs de la colique hépatique s'étendaient précisément dans la direction de l'uretère du côté droit. Voici néanmoins les signes propres à faire éviter l'erreur :

D'abord, s'il est vrai de dire que, dans quelques cas, la direction et l'étendue de la douleur sont les mêmes, il n'est pas moins certain que ces cas sont fort rares. En second lieu, si l'on interroge convenablement le malade, on apprend qu'à des époques antérieures il a rendu avec les urines des graviers plus ou moins nombreux et volumineux. On observe la rétraction du testicule; l'urine est peu abondante,

son excrétion est souvent difficile, on y trouve parfois un peu de sang; enfin, dans le cas où il existe une néphrite calculeuse, on constate un mouvement fébrile qui ne se rencontre pas dans la colique hépatique; et nous avons vu que, d'autre part, l'ictère est un phénomène fréquent de cette dernière, tandis qu'il ne se produit pas dans la colique néphrétique.

Un autre diagnostic a été établi par J. Frank; c'est celui que l'on est quelquefois appelé à poser entre la colique hépatique et l'*empoisonnement par les poisons minéraux*. Suivant cet auteur, voici comment on évite l'erreur dans cette circonstance importante :

Dans la colique biliaire, il y a des prodrômes, le vomissement est modéré et a lieu par accès, la douleur est bornée à l'hypochondre et à l'épigastre; les matières évacuées ne présentent pas de traces de poison, et les commensaux du malade n'ont éprouvé aucun accident; tandis que dans l'empoisonnement l'invasion est subite, les vomissemens continuels et immodérés, et la douleur de ventre générale. En outre, les matières contiennent des traces de poison, et ceux qui ont mangé avec les malades éprouvent les mêmes accidens. Ce diagnostic différentiel a une valeur réelle. Seulement l'auteur attache trop d'importance à l'invasion rapide de la maladie, qui a lieu, à n'en pas douter, dans un bon nombre de cas de colique hépatique, aussi bien que dans l'empoisonnement.

On voit, d'après ces détails, que le diagnostic des calculs biliaires, lorsqu'ils déterminent des accidens graves, a été étudié avec plus de soin que celui des autres affections des voies d'excrétion de la bile, et

cependant il laisse encore beaucoup à désirer, tant les recherches sur tout ce qui concerne les maladies du foie sont incomplètes et insuffisantes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de la colique hépatique et de la péritonite par perforation.*

COLIQUE HÉPATIQUE.	PÉRITONITE PAR PERFORATION.
Se montre par *accès*.	Symptômes *continus*.
S'accompagne plus ou moins promptement d'*ictère*.	*Point d'ictère*.
La douleur occupe l'hypochondre et l'épigastre; *le ventre reste indolore* ou n'acquiert qu'une sensibilité à la pression ordinairement médiocre.	Douleurs très-vives dans le point de la perforation, *s'étendant rapidement au reste de l'abdomen*.
Pouls *ordinairement calme*, à moins que l'anxiété ne se prolonge très-longtemps.	Pouls *très-accéléré*, petit, misérable.

2°. *Signes distinctifs de la colique hépatique et de l'iléus.*

COLIQUE HÉPATIQUE.	ILÉUS.
Affection *souvent subite*.	Les symptômes, très-graves, sont ordinairement *précédés d'un état maladif* de plus ou moins longue durée.
Ictère.	*Pas d'ictère*.
Pas de déformation de l'abdomen. *Pas de tumeur*.	*Dans l'invagination intestinale et l'engouement*, tumeur, *déformation du ventre; dans l'étranglement* par une bride, *météorisme* ordinairement rapide.

3°. *Signes distinctifs de la colique hépatique et de l'empoisonnement par les poisons minéraux* (diagnostic posé par J. Frank).

COLIQUE HÉPATIQUE.	EMPOISONNEMENT.
Prodrômes (signe douteux).	Invasion *subite*.
Vomissemens *modérés*, *par accès*.	Vomissemens *immodérés*, *continuels*.
Douleur se portant *de l'hypochondre droit à l'épigastre*.	Douleur *générale* du ventre.
Les matières évacuées ne contiennent *pas de traces de poison*.	Les matières vomies contiennent des *traces de poison*.
Ceux qui ont mangé avec le malade n'éprouvent *aucun accident*.	Ceux qui ont mangé avec le malade éprouvent *les mêmes accidens*.

Pronostic. On pourrait croire, d'après les détails qui ont été présentés plus haut, que les calculs biliaires doivent être considérés comme une affection très-grave : il n'en est cependant rien ; car si les accidens que nous avons décrits sont très-effrayans, et peuvent avoir parfois des résultats funestes, il ne faut pas oublier que, d'une part, ils se montrent dans la plus faible partie des cas de calculs biliaires, et, d'autre part, ils se terminent presque toujours par le retour à la santé. Ce n'est que dans des cas qu'on peut regarder comme exceptionnels que les lésions concomitantes du foie, l'inflammation de la vésicule, la rupture des canaux entraînent la mort; il suffit néanmoins que cette terminaison puisse avoir lieu, pour qu'après une première attaque de colique hépatique, le malade se soumette aux précautions les plus sévères. Nous avons vu plus haut que le pronostic devient grave lorsque les attaques se prolongent beaucoup et qu'un dépérissement marqué commence à se manifester.

§ VII. — Traitement.

Le traitement doit être divisé en traitement de l'affection calculeuse elle-même, et en traitement de l'attaque des coliques hépatiques.

1°. *Traitement de l'affection calculeuse.* On est autorisé à entreprendre le traitement curatif des calculs biliaires, soit lorsque la présence de ces concrétions peut être déterminée par l'exploration directe, soit lorsque le malade a eu une première attaque de colique hépatique. M. Fauconneau-Dufresne (*loc. cit.*, p. 332) pose ainsi les deux indi-

cations principales à remplir pour atteindre ce but :

1° Dissoudre les calculs qui restent dans les voies biliaires;

2° Empêcher qu'il ne s'en forme de nouveaux.

Éther; térébenthine. Parmi les médicamens qui ont été prescrits contre les calculs biliaires, il faut d'abord citer le *remède de Durande* (*Obs. sur l'effic. du mélange d'éther sulf. et d'huile de térébenth.*, etc.; Strasb., 1790), à cause de la célébrité dont il a joui. Ce remède est le suivant :

REMÈDE DE DURANDE.

℞ Essence de térébenthine .... 8 grammes.

Faites dissoudre dans :

Éther sulfurique .... 12 grammes.

A prendre à la dose de 2 à 4 grammes par jour, dans du bouillon.

Après l'administration du remède, qui a lieu le matin, on fait boire du petit-lait ou du bouillon de veau avec suffisante quantité de sirop de chicorée ou de violette. On doit continuer l'usage de ce moyen jusqu'à ce qu'on ait pris *cinq cents grammes* du mélange d'éther et de térébenthine. S'il survient une douleur marquée du côté du foie, ou des signes d'irritation de l'estomac, il faut suspendre l'administration du médicament.

On doit en même temps prescrire un *régime doux*, composé de viandes blanches rôties ou bouillies, de fruits, de légumes frais et de boissons délayantes. Lorsque les principaux signes de la présence du calcul ont disparu, on termine le traitement par l'administration de quelques purgatifs doux.

Durande a cité plusieurs observations à l'appui de ce traitement. Mais, d'une part, ainsi que l'ont remarqué MM. Trousseau et Pidoux, beaucoup d'élémens ont nécessairement manqué au diagnostic, de

telle sorte que, dans la plupart des cas, il a dû être non seulement difficile, mais impossible de constater la présence des calculs dans la vésicule biliaire; et, d'autre part, Durande et les médecins qui ont suivi son traitement ont employé, outre le mélange de térébenthine et d'éther, des moyens qui suffisent, dans la plupart des cas, pour faire disparaître, soit momentanément, soit pour toujours, les accidens graves ou légers auxquels donnent lieu les calculs biliaires. De nouvelles recherches sont donc absolument nécessaires, et il faut convenir qu'elles sont très-difficiles.

On a en outre reproché au remède de Durande de déterminer une irritation plus ou moins vive de l'estomac et d'être rejeté par le vomissement, comme cela est arrivé dans des cas observés par M. Bricheteau. Sœmmering a proposé, pour remédier à ces inconvéniens, de supprimer l'essence de térébenthine, qui lui paraît inutile, et de donner seulement un *mélange d'éther sulfurique et de jaune d'œuf*; et De Gardane, cité par M. Fauconneau-Dufresne, a proposé la préparation suivante, qui, tout en conservant l'essence de térébenthine, n'a pas, suivant ce médecin, les inconvéniens précédemment indiqués :

℞ Sirop de guimauve	45 grammes.
Eau distillée	15 grammes.
Essence de térébenthine	de 6 à 10 grammes.
Éther sulfurique	8 grammes.

Mêlez.

A prendre une cuillerée tous les matins.

J'ai insisté sur l'emploi de ce remède, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il a joui d'une très-

grande réputation, et que des hommes du premier ordre, tels que Haller, Sœmmering, Fourcroy avaient en lui une grande confiance; mais il ne peut pas être douteux pour nous que la plus grande partie de la vogue de ce remède ne soit due aux idées théoriques qu'on s'est formées sur son action. C'est, en effet, en se fondant sur la propriété qu'ont les substances qui entrent dans ce mélange de dissoudre la matière grasse des calculs biliaires, qu'on a regardé le remède de Durande comme efficace; or, quand même nous n'aurions pas, pour nous tenir en garde contre cette manière de voir, les objections présentées par M. Thénard et reproduites par M. Fauconneau-Dufresne, objections qui reposent sur l'impossibilité qu'éprouve le mélange à arriver pur et en quantité suffisante sur les calculs, nous n'en devrions pas moins exiger des recherches cliniques mieux faites que celles qui ont été publiées jusqu'à présent.

Un remède qu'on peut rapprocher du précédent, et qui a été administré aussi bien dans l'intention de déterminer la cure radicale des calculs biliaires que dans celle de mettre un terme aux coliques hépatiques, est celui qui a été recommandé par le docteur Rinna von Sarenbach (*Repert. der vortz. Operat.*, etc.; Wien, 1835), et qui consiste dans un *mélange de thérébenthine*, *de savon*, *de rhubarbe et de ciguë aquatique;* il suffit d'indiquer ce moyen, sur lequel l'expérience ne nous a pas suffisamment fixés.

Il en est de même du *savon térébenthiné*, recommandé par J. Frank (*Prax. med.*, pars III, *de calcul. bil.*), et que l'on obtient de la manière suivante :

℞ Huile d'amandes douces..........	} ãã	30 grammes.
Térébenthine.....................		
Huile de térébenthine...........		20 grammes.
Soude caustique..................		30 grammes.

Liquéfiez la térébenthine avec l'huile d'amandes douces. Après un léger refroidissement, ajoutez l'huile de térébenthine, et peu à peu ensuite la soude réduite en poudre très-fine, jusqu'à ce que vous obteniez une masse savonneuse. Si l'alcali prédominait, ajoutez de l'huile de térébenthine en quantité nécessaire pour le saturer.

Pour l'administration du médicament,

℞ Savon térébenthiné....................	4 grammes.
Extrait de pissenlit....................	30 grammes.

Mêlez exactement.

Faites des pilules de 15 centigrammes. A prendre de quatre à huit, deux fois par jour.

Alcalins. Viennent ensuite les médicamens *alcalins*, mis en usage par un grand nombre de médecins, toujours dans des idées théoriques empruntées à la chimie. L'*acétate*, le *carbonate*, l'*hydrochlorate de potasse*, ont été prescrits à des doses variables. Arnemann faisait prendre matin et soir *de deux à quatre grammes de carbonate de potasse.* On a quelquefois prescrit l'acétate conjointement avec une autre préparation qui jouit d'une grande réputation contre les coliques hépathiques, c'est le *suc d'herbes fondant.* Voici comment on doit formuler ce mélange :

SUC D'HERBES FONDANT ALCALIN.

℞ Chicorée..........................	} ãã parties égales.
Pissenlit..........................	
Laitue..........................	
Cerfeuil..........................	

Pour obtenir 120 grammes de suc d'herbes, ajoutez :

Acétate de potasse..................	4 grammes.

A prendre en deux fois, le matin à jeun.

Sœmmering avait une grande confiance dans les sels alcalins, et prescrivait *l'hydrochlorate d'ammoniaque*, *de soude*, *de potasse*, ou bien *l'acétate de potasse*. R. Whytt recommandait l'usage de *l'eau de chaux*, que l'on peut donner à la dose de 4 à 8 grammes, deux fois par jour, dans une tasse de lait.

Il est tout naturel qu'on ait prescrit les *eaux minérales alcalines*. Aussi a-t-on recommandé fortement les eaux de Vichy, de Saint-Nectaire, de Carlsbad, de Plombières, de Bussang; celles de Baden, de Balaruc, etc. Les eaux de Carlsbad, en particulier, jouissent de la plus grande réputation en Allemagne, et celles de Vichy sont recommandées en France dans les cas de calculs biliaires aussi bien que dans les obstructions du foie. Ces eaux doivent être prises en *bain* et en *boisson*.

Tels sont les principaux moyens qui ont été proposés pour faire disparaître complétement les calculs; mais nous avons vu dans le cours de cette exposition combien il était incertain qu'on eût quelquefois atteint ce but. Cependant j'ai cru devoir indiquer ces médications, afin qu'on pût les soumettre à une nouvelle expérimentation. Restent maintenant d'autres moyens proposés par quelques auteurs isolés, et qui n'ont même pas pour eux la confiance des praticiens : il me suffit par conséquent de les mentionner en passant. Ce sont : la racine de la *grande chélidoine*, proposée par Creutzbauer, de *pareira brava*, vantée par Geoffroy (*Hist. de l'Acad. des Sciences*, 1710); l'*acide nitrique*, proposé par Richelmi, et même le *suc des mille pieds* et des *lombrics terrestres*.

2°. *Traitement de la colique hépatique. — Émis-*

sions sanguines. Les émissions sanguines ont été proposées par un certain nombre d'auteurs. Quelques-uns, parmi lesquels il faut citer J. Frank, prescrivent la *saignée générale*, mais c'est une pratique qui est rarement imitée. En général, on préfère l'application d'un nombre plus ou moins considérable de *sangsues* sur l'hypochondre droit et au niveau de la vésicule biliaire. Morgagni (*loc. cit.*) recommande l'application des sangsues, principalement dans le but de prévenir l'inflammation. Les *ventouses scarifiées* pourraient être appliquées au nombre de huit, dix ou douze, à plusieurs reprises et avec les mêmes avantages.

Narcotiques. Il n'est pas de médicament qui soit plus généralement mis en usage que les narcotiques, et on le conçoit sans peine, puisqu'il s'agit d'une affection où les douleurs sont si violentes. L'*opium* est administré à la dose de *trois à cinq centigrammes* et à plusieurs reprises dans la journée. On peut en même temps ordonner le lavement suivant :

℞ Infusion de fleurs de camomille	180	grammes.
Laudanum de Sydenham	1,25	grammes.
Huile d'olives	30	grammes.

Pour un lavement.

Van Swieten, Quarin (*Advers. Pract.*, 1814) et Portal (*loc. cit.*) insistent sur l'utilité de cette médication. Il ne faut pas craindre, en élevant la dose de l'opium, de déterminer un certain degré de narcotisme dans les cas où les douleurs sont excessives. Toutefois il ne serait pas prudent de porter cette dose à plus de 20 centigrammes d'opium par jour, et encore faudrait-il avoir soin de le donner à doses fractionnées.

Le docteur Lolatte (*Osservat. medico di Napoli*, settemb. 1833) a beaucoup vanté la *belladone* dans ce qu'il a appelé l'*ictericie calculeuse*. Cette substance doit être administrée en extrait aux mêmes doses ou à des doses un peu plus élevées que l'opium, et en outre on pratiquera des *onctions* sur toute l'étendue de la région hépatique, avec la pommade suivante :

♃	Axonge..............................	60 grammes.
	Extrait de belladone..................	10 grammes.

Mêlez exactement.

Le docteur Rinna de Sarenbach insiste principalement sur l'utilité de ce moyen.

La *jusquiame noire*, le *lactucarium* et les autres narcotiques peuvent être prescrits d'une manière analogue.

Les *lavemens de tabac* ont été recommandés par le docteur Craigie (*Lond. Medic. and Surg. Journ.*, octobre 1824); ils ont pour but, non-seulement d'engourdir la douleur, mais encore de faciliter la sortie du calcul des voies biliaires.

Antispasmodiques. Les *antispasmodiques* ont été aussi fortement recommandés. Hufeland et le docteur Rinna recommandent l'*eau de laurier-cerise*. M. Bricheteau (*Mém. de la Soc. méd. d'Émul.*, t. IX) préfère à l'emploi de l'opium celui de la *teinture de castoréum*, que l'on peut prescrire ainsi qu'il suit :

♃	Eau distillée de tilleul................	120 grammes.
	Teinture éthérée de castoréum.........	2 grammes.
	Sirop de fleurs d'oranger..............	30 grammes.

A prendre par cuillerées.

Purgatifs. Les *purgatifs* sont d'un usage habi-

tuel, et ils ont été recommandés par tous les auteurs; mais ce n'est jamais, ou presque jamais, aux purgatifs violens qu'on a eu recours. On s'est contenté le plus souvent de donner l'*huile de ricin* à la dose de 30 à 40 grammes; le *sulfate de magnésie* ou de *soude* à la dose de 15 à 20 grammes, et d'autres laxatifs qui n'ont rien de particulier. Le but qu'on se propose est de déterminer une sécrétion plus abondante de bile qui, poussant les calculs, les fasse tomber dans l'intestin.

Le *calomel*, qui a été préconisé par quelques auteurs, ne mérite, d'après Heberden (*Medic. transac.*, t. II; Lond., 1772), aucune préférence, et même doit être abandonné, pour recourir aux autres purgatifs. Ceux qui l'ont administré ne l'ont guère donné qu'à la dose de *quarante à cinquante centigrammes*, c'est-à-dire à dose minorative.

Vomitifs. Quant aux *vomitifs*, s'ils ont trouvé quelques approbateurs, il y a eu un bien plus grand nombre de médecins qui les ont proscrits. Parmi les premiers, il faut citer Saunders, qui voulait qu'on donnât de faibles doses d'*ipécacuanha*, et Cullen (*First lines*, etc., 1825), qui recommande les vomitifs, à cause des mouvemens qui, comprimant les viscères de l'abdomen, peuvent contribuer à l'expulpulsion de la bile. Mais parmi ceux qui ont rejeté l'emploi de ce moyen nous comptons F. Hoffmann et Morgagni, qui se sont fondés sur des cas d'hématémèse et de rupture des conduits biliaires, accidens mortels dont quelques cas ont été cités, et qui ont été attribués aux secousses produites par les vomitifs. Peut-être a-t-on attribué à tort à l'action fâcheuse de ces médicamens ce qui n'était que l'effet d'une

simple coïncidence. Toutefois, dans le doute où nous sommes, il est prudent de s'abstenir de cette médication, malgré les avantages qu'on lui a supposés. Il est même nécessaire, lorsque les vomissesemens sont opiniâtres et fatiguent beaucoup les malades, d'avoir recours à des moyens propres à les faire cesser.

Antivomitifs. C'est dans ce but qu'on prescrit la potion antivomitive de Rivière, ou bien celle de De Haen, qui a en outre l'avantage de contenir des substances antispasmodiques et narcotiques. Voici sa composition :

POTION ANTIVOMITIVE DE DE HAEN.

℞ Carbonate de chaux	2	grammes.
Sirop de limon	32	grammes.
Liqueur d'Hoffmann	0,4	grammes.
Laudanum de Sydenham	1	gramme.
Eau de menthe	32	grammes.
Eau de mélisse	96	grammes.

A prendre par cuillerées.

L'*eau de Seltz*, la *limonade gazeuze*, doivent être également prescrits dans ce but.

La *glace* a été aussi mise en usage, et on a eu recours au froid, non-seulement *à l'intérieur*, mais à l'extérieur. M. Bricheteau en particulier (*Clin. de l'hôp. Neck.;* Paris, 1835) recommande l'ingestion fréquente de petites quantités de glace. Pour l'*application externe*, on met des fragmens de glace dans une vessie qu'on applique sur l'hypochondre.

Émolliens. Mais dans le plus grand nombre des cas, on a recours aux *boissons* et aux *applications émollientes*. L'infusion de mauve, de sureau, etc.,

est donnée à une température modérée, et des fomentations ou des cataplasmes sont appliqués sur toute la région hépatique.

Je n'ai point indiqué l'*électricité*, dont le docteur Hall (*the Americ. Record.*, etc., 1821) vante les bons effets, parce que nous n'avons aucun détail sur l'emploi de ce médicament qui n'a pas été mis en usage par d'autres médecins.

Précautions générales; régime; hygiène. Il est inutile de dire que pendant les accès de colique hépatique le malade doit être tenu au *régime le plus sévère.* Une fois l'accès passé, et lorsqu'il ne reste plus qu'une légère douleur locale avec la faiblesse qui est la suite naturelle de ces attaques, le malade doit se soumettre à un *régime doux*, se livrer à un *exercice modéré*, éviter toute contention d'esprit, et attendre, pour reprendre ses occupations, que les accidens dont nous avons parlé ne laissent plus aucune trace. Comme, malgré les assertions de quelques auteurs, nous ne savons nullement quelles sont les substances dont l'usage favorise le développement des calculs biliaires, nous n'avons rien de plus à dire sur le régime.

3°. *Moyens chirurgicaux.* C'est à J. L. Petit qu'on rapporte l'idée d'ouvrir la vésicule pour faire l'*extraction des calculs de la vésicule biliaire*, comme on le fait pour les calculs de la vessie; mais beaucoup d'auteurs ont eu le tort de lui attribuer l'opinion que l'emploi de ce moyen chirurgical est propre à la plupart des cas. J. L. Petit, en effet, n'a proposé l'opération que lorsque les calculs biliaires peuvent être facilement reconnus, et, ce qu'il importe bien plus encore de constater, lorsque l'on peut s'assurer

que des adhérences se sont produites entre la vésicule biliaire et la paroi abdominale. Or ces cas, comme on le voit, rentrent précisément dans ceux où l'inflammation s'est emparée de la vésicule biliaire, et où l'on doit agir, par conséquent, comme nous l'avons indiqué en parlant de cette dernière affection. Ce qui prouve que telle était réellement l'opinion de J. L. Petit, c'est l'attention qu'il met dans le diagnostic à rechercher l'empâtement, la rougeur des tissus au niveau de la vésicule biliaire, empâtement et rougeur qui, ainsi que nous l'avons vu, indiquent la formation d'un abcès. Boyer (*loc. cit.*) est plus explicite encore, et veut que l'ouverture ne soit pratiquée que dans les cas d'abcès bien confirmé. C'est à cette dernière opinion que se sont arrêtés la plupart des praticiens; cependant quelques-uns, parmi lesquels il faut citer le professeur Chelius, pensent qu'on peut opérer alors même que la vésicule n'a acquis aucune adhérence, et seulement lorsqu'une tumeur de la vésicule, contenant des calculs, se manifeste, en même temps que des accès violens de colique hépatique. Chelius propose à ce sujet un procédé d'ouverture de la tumeur qui tient en partie de celui de M. Bégin et de celui de M. Jobert (*voy.* pages 190 et 261). Voici ce procédé :

PROCÉDÉ DE CHELIUS.

Faites à la peau qui recouvre la tumeur une incision de quatre à cinq centimètres; coupez ensuite les muscles dans une étendue d'autant moindre que vous vous rapprocherez du péritoine. Arrivé à cette membrane, portez le doigt dans le fond de la plaie, et assurez-vous par là si la vésicule est ou n'est pas adhérente; dans ce dernier cas,

ou seulement s'il existe quelque doute, au lieu de continuer l'incision avec le bistouri, plongez dans la tumeur un trois-quarts fin, et laissez sa canule dans l'intérieur de la vésicule pendant tout le temps nécessaire pour la formation des adhérences.

J'ai indiqué ce procédé, mais sans prétendre qu'on doive y avoir recours; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, rien ne prouve que l'extraction des calculs doive être faite lorsqu'il n'y a pas eu formation d'un abcès, seul signe positif de la production d'adhérences solides. Il serait inutile d'insister sur cette partie du traitement qui demande de nouvelles recherches de la part des chirurgiens.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1°. *Traitement pour la cure radicale des calculs :* remède de Durande; savon térébenthiné; solutions alcalines; eaux minérales salines.

2°. *Traitement de la colique hépatique.* Émissions sanguines; narcotiques; antispasmodiques; purgatifs; vomitifs; anti-émétiques; applications émollientes; régime; soins hygiéniques.

3°. *Moyens chirurgicaux ;* ouverture de la vésicule par le procédé du professeur Chelius.

ARTICLE III.

RÉTENTION DE LA BILE.

La plupart des auteurs modernes ont étudié séparément les divers états pathologiques qui peuvent donner lieu à la rétention de la bile, sans faire de cette rétention une affection particulière qui mérite

d'être étudiée à part. Cependant, si l'on examine la question sous le point de vue pratique, on voit qu'il est tout aussi nécessaire de considérer cette rétention de la bile comme une affection particulière, que de consacrer un article séparé à la *rétention d'urine.* Les divers états organiques, très-intéressans à étudier en détail pour l'anatomie pathologique, ne remplissent plus pour le praticien que le simple rôle de causes efficientes; c'est ce qu'avait très-bien senti J. L. Petit, qui a présenté dans un article de son *Mémoire* (*loc. cit.*, art. II, p. 123) le parallèle de la rétention de la bile et de la rétention d'urine. C'est donc sous ce point de vue que nous allons étudier l'accumulation de la bile dans la vésicule, par suite d'un obstacle quelconque à son écoulement dans l'intestin.

La rétention de la bile se fait *dans le foie* ou *dans la vésicule*, ou *dans ces deux parties à la fois*, suivant le point des voies biliaires où se trouve l'obstacle qui en est la cause. Si l'obstacle occupe le *canal cystique*, la rétention a lieu seulement dans la vésicule. Si le *canal hépatique* est seul obstrué, il y a rétention de la bile dans le foie, et la vésicule, au contraire, est vide. Enfin, si les obstacles occupent *ces deux conduits à la fois*, ou, ce qui est bien plus fréquent, s'ils ont leur siége *dans le canal cholédoque*, il y a à la fois rétention de la bile dans la vésicule et dans le foie.

Cette division est très-importante; car si la rétention de la bile dans la vésicule peut, dans certains cas, être assez facilement reconnue, il n'en est plus de même de la simple rétention de la bile dans le foie, et l'on aurait tort, par conséquent, de conclure de l'impossibilité du diagnostic dans certains cas à l'impossibilité dans tous.

Causes. Parmi les affections que nous avons déjà étudiées, il en est une qui est une cause assez fréquente de la rétention de la bile : ce sont les *calculs biliaires;* et, en pareil cas, la rétention peut être momentanée ou permanente. Elle est *momentanée* lorsque l'attaque se termine par la chute du calcul dans l'intestin, *permanente* lorsque le calcul s'établit à demeure dans un des conduits biliaires.

Nous avons vu à l'article *Vers intestinaux* que, d'après quelques auteurs, des *lombrics* peuvent s'introduire dans les voies biliaires pendant la vie. On conçoit que si le lombric est volumineux, il peut en résulter une occlusion du conduit, et, par suite, rétention de la bile. Lieutaud (*Hist. anatom. medic.*, t. Ier, p. 210) cite un exemple curieux d'*occlusion du canal cholédoque* par un ver lombric volumineux, occlusion qui avait déterminé la rétention de la bile dans la vésicule et dans le foie.

Une *compression* exercée, soit par des *brides cellulo-fibreuses* résultant d'une inflammation des organes environnans, soit par une *tumeur*, peut donner lieu aux mêmes résultats.

On a trouvé les conduits biliaires complétement effacés, par suite de l'*adhésion de leurs parois entre elles;* et cette adhésion a été naturellement attribuée à une inflammation; d'après les recherches de Baillie (*Anat. pathol.*), c'est le canal cholédoque qui est le plus souvent affecté de cette occlusion.

L'*inflammation aiguë* des canaux biliaires peut produire la distension de la vésicule par la bile, et même la rupture de cette poche. M. Andral en rapporte un exemple dans sa *Clinique.* Cet auteur range aussi parmi les causes de l'oblitération des

voies biliaires l'*inflammation violente du duodénum*.

On doit ajouter à ces causes les *tumeurs* de ce dernier organe, ayant leur siége au niveau de l'ouverture du canal cholédoque, et surtout les *tumeurs de nature cancéreuse*. Ces tumeurs peuvent même se développer *dans le canal cholédoque* lui-même, comme M. Cossy en a recueilli un exemple à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis.

On a encore regardé comme pouvant donner lieu à la rétention de la bile, par suite de l'occlusion des voies biliaires, la *contraction spasmodique des canaux*. Ce qui a fait admettre cette opinion, c'est l'apparition de l'ictère et parfois de l'accumulation de la bile dans la vésicule, à la suite d'une émotion vive; mais c'est là une question sur laquelle j'aurai à revenir lorsque je présenterai la description de l'*ictère simple* ou *spasmodique*.

Reste maintenant une cause dont l'existence n'est pas aussi généralement admise : c'est l'*invagination du canal cholédoque*. M. Mec-Kreen, cité par les auteurs du Compendium, dit avoir vu un cas de rupture de la vésicule qui n'avait pas d'autre cause que cette invagination.

Quant à la rétention de la bile occasionnée par le *simple épaississement de ce liquide*, on ne saurait l'admettre, puisque Portal, le seul qui l'ait indiquée, n'a cité aucun fait concluant en faveur de l'existence de cette cause.

Telles sont les principales causes organiques de la rétention de la bile; il faut appliquer à toutes ce que j'ai dit plus haut à propos du siége de l'oblitération. Les principaux accidens consécutifs dépendent, en

effet, uniquement du point occupé par l'oblitération, et nullement de la nature de l'obstacle.

Symptômes. Les symptômes sont, je le répète, très-différens, suivant que l'obstacle occupe tel ou tel conduit; il importe donc de suivre ici la division tracée plus haut.

1°. *Rétention de la bile par suite d'un obstacle dans le canal hépatique.* C'est là l'espèce la plus difficile à reconnaître. Les signes auxquels elle donne lieu, quelle que soit la nature de l'obstacle, sont une *gène*, une *pesanteur*, quelquefois une *douleur* réelle dans l'hypochondre droit; dans quelques cas aussi, on peut constater *par la palpation et la percussion* une *augmentation de volume* de l'organe, *sans changement de forme*, s'il n'y a pas de complication. Il survient en outre un *ictère intense*, et des *troubles* variables du côté *du tube digestif*, dont les principaux sont les *vomissemens bilieux*, la *constipation* et la *décoloration des selles.* En même temps les *urines* prennent la coloration jaune-rougeâtre qu'elles ont dans les cas d'ictère.

Si l'occlusion du canal hépatique est due à l'*engagement d'un calcul biliaire*, on observe en outre les *accès de colique hépatique* décrits plus haut (*voy.* page 286).

2°. *Rétention de la bile due au rétrécissement ou à l'occlusion du canal cystique.* Dans les cas de ce genre, l'ictère, la constipation, la décoloration des selles, la coloration des urines, en un mot tous les symptômes qui dépendent de la présence de la bile dans le sang, peuvent complétement manquer, puisque le fluide biliaire peut passer librement du foie dans l'intestin, à travers le canal hépatique et le ca-

nal cholédoque. Il ne reste donc, comme appartenant en propre à la maladie, que les *signes locaux* dus à la distension souvent excessive de la vésicule; mais c'est là un caractère appartenant également à la rétention de la bile occasionnée par un obstacle dans le canal cholédoque, et j'en parlerai après avoir présenté les symptômes de cette dernière espèce.

3°. *Rétention de la bile due à un obstacle dans le canal cholédoque.* C'est là le cas le plus fréquent et dans lequel on voit réunis le plus grand nombre de symptômes. Nous trouvons, en effet, d'abord ceux qui appartiennent à l'*occlusion du canal hépatique*, c'est-à-dire la *pesanteur*, la *gêne* dans la région du foie, l'*ictère intense et toutes ses conséquences*, et de plus les symptômes causés par la distension de la vésicule; ceux-ci méritent une description particulière.

Distension de la vésicule. Après des accidens de colique hépatique, dans les cas où l'occlusion des voies biliaires est due soit à l'*engagement d'un calcul*, soit à l'*entrée d'un lombric* dans le canal cholédoque; ou bien *à la suite de symptômes de plus ou moins longue durée*, lorsque l'obstacle est formé par une *tumeur*, par une *bride* ou par l'*inflammation adhésive*, et quelquefois même *sans aucun phénomène* qui ait attiré particulièrement l'attention, on voit survenir au-dessous du rebord des fausses côtes ou plus bas, suivant que le foie est volumineux ou non, une *tumeur* quelquefois très-considérable et offrant les caractères suivans :

La peau n'a point changé de couleur : elle est souple, mobile, non œdématiée, en un mot elle a conservé son état normal. La *tumeur* est arrondie, elle

ne présente point de dureté environnante; la *fluctuation* se fait sentir dans toute sa circonférence, et dans quelques cas, comme on en a cité des exemples, en *comprimant* lentement et pendant un certain temps sa partie la plus saillante, on peut en diminuer le volume et *faire couler la bile* dans l'intestin; c'est, en effet, ce qui avait lieu dans un cas cité par J. L. Petit. En même temps on peut, s'il existe des calculs nombreux dans la vésicule, reconnaître leur présence en déterminant *le bruit de collision.*

En pareil cas, la *percussion* vient d'une manière efficace en aide au diagnostic. On reconnaît en effet facilement la *matité* due au gonflement de la vésicule biliaire, et on circonscrit cette matité de manière à distinguer la forme et la dimension de l'organe affecté, ce qui ne laisse plus aucun doute dans les cas de simple rétention de la bile. Ces diverses manœuvres peuvent produire une *douleur* assez vive; mais le plus souvent la douleur est nulle ou presque nulle, et lorsqu'elle existe, elle n'est jamais aussi considérable que dans les cas *d'abcès de la vésicule.*

Je viens d'indiquer les cas dans lesquels les choses se passent de la manière la plus simple; mais quelquefois, par suite de la distension extrême de la vésicule biliaire, les signes sont très-différens. Et d'abord le *siége de la tumeur* peut être très-éloigné du point occupé à l'état normal par la vésicule biliaire. Dans le cas recueilli par M. Cossy, la tumeur formée par cette poche distendue commençait à peu près au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte, et descendait verticalement jusqu'au rebord de l'os iliaque. En outre, cette tumeur était dure, on n'y sentait pas de fluctuation, et enfin la douleur à la pres-

sion était très-grande. On voit combien, dans ce cas, le diagnostic était difficile.

Ce qui vient encore rendre difficiles à distinguer les symptômes de la rétention de la bile, ce sont les *complications fréquentes* qui se manifestent principalement du côté du foie, car la plupart des affections de cet organe peuvent coïncider avec cette rétention.

La rétention de la bile, ai-je dit, est *passagère* ou *permanente*. Dans le premier cas, elle est due presque toujours à l'engagement d'un calcul biliaire dans les conduits, et alors on observe les symptômes de *colique hépatique* décrits plus haut ; dans le second, il y a gonflement de plus en plus considérable de la portion des conduits situés au-dessus de l'obstacle, et tantôt on voit la rétention biliaire dégénérer en simple *hydropisie de la vésicule*, lésion dont je dirai un mot plus loin, tantôt la distension extrême donner lieu à la *rupture* de cette poche ou d'une autre partie des conduits dilatés, la bile s'épancher dans le péritoine et occasionner une *péritonite suraiguë* promptement mortelle.

Dans les cas où l'obstacle au cours de la bile vient à disparaître, le liquide coule en abondance dans l'intestin, et aussitôt le malade, éprouvant le besoin d'aller à la garde-robe, rend des *matières liquides*, abondantes, ordinairement *colorées en vert foncé* par le liquide biliaire. Si l'obstacle était dû à la présence d'un calcul, *on le retrouve* dans la matière des selles, et quelquefois même on y en rencontre un grand nombre qui ont pu s'échapper après que le premier a déterminé la dilatation des canaux.

Marche ; durée ; terminaison de la maladie. La *marche* de la maladie est, comme on vient de le voir,

différente suivant les cas. De même, en effet, qu'il y a des accès de colique hépatique, de même, dans les cas d'engagement de calculs dans les conduits biliaires, il peut y avoir des accès de rétention de la bile, accès qui ne diffèrent, ni pour leur durée, ni pour les intervalles qui les séparent, de ceux de la colique hépatique. Dans les cas, au contraire, où il se forme un obstacle permanent, la maladie est continue. Cependant, si cet obstacle n'est pas suffisant pour oblitérer complétement les canaux, il peut arriver que dans certains momens, la bile s'écoulant dans l'intestin en plus ou moins grande quantité, la distension de la vésicule et les autres symptômes de la rétention biliaire se dissipent plus ou moins complétement, pour se reproduire plus tard. C'est ce qui avait lieu dans le cas cité par J. L. Petit, et dont j'ai parlé plus haut.

La *durée* de l'affection est tellement variable, qu'il est impossible de lui assigner des limites, même en tenant compte de la diversité des cas. Quant à la *terminaison*, nous avons vu plus haut qu'elle pouvait être fâcheuse, par suite des progrès de la maladie elle-même et sans complication, car la rupture des voies biliaires peut être la conséquence de leur distension. Quelquefois la bile s'altère, prend des caractères particuliers, et l'affection se termine par l'hydropisie de la vésicule; dans d'autres circonstances, des affections survenues dans d'autres organes emportent les malades; enfin le plus souvent la terminaison est heureuse, l'obstacle au cours de la bile disparaît, et ce liquide coule en abondance dans l'intestin : c'est ce qu'on observe dans les cas de colique hépatique.

Lésions anatomiques. Il serait inutile de s'étendre longuement sur les lésions anatomiques : tout ce qu'il importe de dire ici, c'est que non-seulement la vésicule, mais encore les conduits biliaires peuvent être extrêmement dilatés au-dessus de l'obstacle. C'est ainsi qu'on a vu le canal cholédoque acquérir la grosseur de l'intestin grêle, les conduits hépatiques devenus gros comme les ramifications de la veine-porte (Cruveilhier), et enfin tous les conduits biliaires être assez volumineux pour distendre l'épigastre et l'hypochondre droit (Todd, cité par M. Littré). Quant à la vésicule, nous avons vu plus haut qu'elle pouvait prendre des dimensions énormes. Aussi a-t-on pu y trouver jusqu'à quatre kilogrammes de liquide.

Les parois de la vésicule et des conduits dilatés acquièrent une épaisseur considérable, due principalement à l'hypertrophie de la membrane moyenne, où se remarquent des fibres distinctes; c'est ce qui explique leur résistance et le peu de fréquence de leur rupture : cependant cette rupture peut avoir lieu par le fait seul de la distension, comme on en voit un exemple dans les observations de M. Andral. En pareil cas, la dilatation s'est faite rapidement. Le plus souvent la rupture est favorisée par l'inflammation chronique des parois et par leur ulcération; on trouve alors des calculs, ordinairement en grand nombre, qui ont causé ces lésions. On conçoit, d'après ces dispositions, comment les conduits biliaires ont pu donner passage à des calculs très-volumineux.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister plus longtemps sur ces faits, et je me contente d'ajouter

que la *rupture de la vésicule* donne lieu, lorsque la bile s'épanche dans le péritoine, ce qui est le cas le plus ordinaire, aux lésions de la péritonite suraiguë, dont il sera question plus tard.

Diagnostic. En exposant la description des symptômes, j'ai insisté principalement sur ceux qui peuvent être utiles pour le diagnostic. Il y a, comme on l'a déjà vu, deux choses à rechercher dans ce diagnostic : 1° *distinguer la rétention de la bile des autres affections* avec lesquelles on pourrait la confondre; 2° *reconnaître la cause* qui a produit cette rétention. Nous allons examiner successivement ces deux points.

1°. Parmi les affections avec lesquelles on peut confondre la rétention de la bile, nous trouvons d'abord les *abcès de la vésicule.* J'ai exposé plus haut en détail ce diagnostic, et il me suffira de le reproduire dans le tableau synoptique.

Viennent ensuite les *abcès du foie.* On pourrait croire que la situation de ces abcès, et les signes locaux auxquels ils donnent lieu, sont suffisans pour faire toujours éviter l'erreur. Cependant cette erreur a été plus d'une fois commise. Je ne peux mieux faire à ce sujet que d'indiquer les signes rassemblés par Boyer pour faire distinguer ces deux affections :

« Les signes, dit cet auteur, qui distinguent les tumeurs de la vésicule d'avec les abcès qui se forment à la partie inférieure du foie, près du rebord des côtes, sont l'accroissement rapide de la tuméfaction extérieure dans l'hypochondre droit; sa circonscription, la fluctuation manifeste dans toute son étendue, la mollesse et la mobilité des tégumens

qui la couvrent et qui ne s'œdématient que lors de la suppuration, mais sans dureté ni gonflement à la circonférence de la tumeur. L'abcès du foie est la suite d'une inflammation; il est lent à se former et à se manifester; la tumeur qu'il produit n'est pas circonscrite; elle s'étend aux parties voisines, et rend les tégumens œdémateux : la fluctuation du pus est tardive, difficile à juger; elle n'est d'abord apparente que dans le centre de la tumeur, puis elle s'étend à la circonférence à mesure que la suppuration augmente. Son pourtour reste dur et gonflé, quel que soit le degré de la suppuration. »

Les cas que je viens de mentionner sont les plus ordinaires; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, les choses peuvent se présenter dans un tel état, que le diagnostic devient extrêmement difficile. Voici à ce sujet les réflexions présentées par M. Cossy, à propos du cas que j'ai mentionné plus haut : « Relativement, dit-il, au diagnostic, je ferai remarquer que, malgré la réunion des symptômes les plus constans de la rétention de la bile, c'est-à-dire de l'ictère, de la décoloration des matières fécales, et surtout de la tumeur arrondie formée par la vésicule biliaire distendue, le diagnostic était loin d'être aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord. Il fallait, en effet, établir que la tumeur, que l'on sentait depuis la dernière côte jusque vers la crête iliaque droite, était réellement formée par la vésicule biliaire distendue, et non par une collection purulente du foie, un kyste, un développement anormal du lobe droit de cet organe. Or cette distinction n'a pu être nettement établie; car, d'une part, la vésicule, extrêmement volumineuse, occu-

pait un point où il n'était pas facile de supposer sa présence, et, d'autre part, sa tension était tellement grande, qu'elle donnait au palper la sensation d'un corps solide. »

Je me contente de citer ces réflexions fort justes, pour montrer combien le diagnostic peut, dans certains cas, offrir de difficultés.

2°. Si maintenant nous voulons rechercher à *quelles causes* on doit attribuer la rétention de la bile, nous voyons que *les accès de colique hépatique* servent à faire reconnaître que la maladie est causée par l'engagement d'*un calcul biliaire*, et que tous les doutes sont levés lorsqu'un ou plusieurs calculs ont été rendus par les selles. Si, avec ces accès, on observe l'ictère et ses conséquences *sans distension de la vésicule*, on pourra croire que l'obstacle occupe le canal hépatique; si, au contraire, la vésicule est distendue *sans qu'il y ait ictère*, on sera porté à admettre l'existence d'un obstacle dans le canal cystique, et enfin la distension de la vésicule et l'ictère *coïncidant* ensemble, feront connaître que l'occlusion occupe le canal cholédoque.

L'apparition lente de la dilatation de la vésicule, de l'ictère et des divers autres signes que je viens de mentionner fera soupçonner que l'obstacle s'est développé lentement, et qu'il est dû par conséquent à l'*occlusion* par suite de l'inflammation, par la compression exercée par les tumeurs voisines, ou par le développement d'une tumeur, soit dans le duodénum, soit dans le canal cholédoque. L'existence d'un abcès dans le foie ou dans l'estomac portera à admettre que la tumeur est de *nature cancéreuse*. Si la rétention de la bile était causée par l'entrée

d'un *ver lombric* dans le canal cholédoque, comme dans le cas cité par Lieutaud, il serait impossible d'arriver au diagnostic de la cause; on pourrait tout au plus la soupçonner, si un certain nombre de vers lombrics était rendu par les selles ou par le vomissement.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de la rétention de la bile et de l'abcès de la vésicule biliaire.* (Diagnostic posé par J. L. Petit.)

RÉTENTION DE LA BILE.	ABCÈS DE LA VÉSICULE BILIAIRE.
Douleur *moins vive; non pulsative.*	Douleur *plus vive; de plus longue durée; pulsative.*
Disparaît promptement, sans malaise consécutif (signe douteux).	*Diminue lentement*, et laisse après elle plus de malaise.
Fluctuation *promptement manifeste*; occupant *toute la tumeur.*	Fluctuation *moins promptement manifeste; commençant par le point le plus saillant.*
Pas de dureté, ni d'empâtement.	*Dureté environnante*; empâtement.
Frissons irréguliers *plus rares; plus courts.*	Frissons irréguliers, *plus constans, plus longs*; suivis de *chaleur* et de *moiteur.*

2°. *Signes distinctifs de la rétention de la bile et des abcès du foie.*

RÉTENTION DE LA BILE AVEC DISTENSION DE LA VÉSICULE.	ABCÈS DU FOIE.
Accroissement rapide de la tuméfaction de l'hypochondre.	*Accroissement lent* de la tuméfaction.
Tumeur *circonscrite.*	Tumeur *mal circonscrite.*
Fluctuation manifeste *dans toute l'étendue de la tumeur.*	Fluctuation tardive, difficile à juger, *d'abord apparente dans le centre seulement.*
Mollesse et mobilité des tégumens.	Tégumens *empâtés*, *œdémateux.*
Ni dureté, *ni gonflement* à la circonférence de la tumeur.	*Dureté et gonflement* à la circonférence.

Il est inutile de rappeler ici les signes propres à faire reconnaître quel est l'obstacle au cours de la bile; il a suffi de les indiquer plus haut.

Pronostic. Nous venons de voir qu'il y a des cas où le pronostic est très-grave; ces cas sont, en général, ceux dans lesquels la rétention s'est produite lentement : alors, en effet, l'obstacle est permanent, et la bile ne pouvant plus couler dans l'intestin, il survient des dilatations énormes et quelquefois la rupture des conduits. Toutes choses égales d'ailleurs, lorsque la rétention de la bile est compliquée de la présence d'un grand nombre de calculs, le diagnostic est plus grave, parce que ces corps étrangers peuvent produire des altérations de la vésicule que nous avons vues plus haut causer parfois la mort.

Traitement. Je n'ai pas à m'étendre sur le traitement de cette affection, car j'ai déjà dit, dans l'article consacré aux calculs biliaires, presque tout ce qu'il importe de savoir à ce sujet.

Nous avons vu plus haut qu'il pouvait y avoir une distension de la vésicule et même des canaux biliaires, sans qu'il existât un obstacle insurmontable au cours de la bile. Parfois même, et M. Cruveilhier en a cité des exemples, la bile distend tous les conduits, et il n'y a actuellement aucun obstacle. On ne peut expliquer ces faits que par un état d'inertie des voies biliaires et par la position déclive que prend la vésicule, par suite de l'augmentation de volume du foie dans les maladies de cet organe. On a proposé, en pareil cas, de *déterminer l'écoulement de la bile dans l'intestin à l'aide de pressions* exercées lentement et d'une manière continue sur la région de la vésicule. Dans quelques cas rares, où il n'y a pas occlusion complète, ce moyen peut réussir non à guérir le malade, mais à le soulager, lorsque la distension cause une gêne considérable dans l'hypo-

chondre droit. Nous avons déjà vu que, dans un cas rapporté par J. L. Petit, le malade avait trouvé lui-même ce moyen de faire cesser la tension de la vésicule; mais il faudrait se garder de l'employer lorsqu'il est survenu un obstacle subit indiqué par la douleur et par la distension rapide de la poche biliaire; ou du moins ne faudrait-il procéder qu'avec beaucoup de ménagemens, car nous savons que la rupture de la vésicule peut avoir lieu en pareil cas, et évidemment ces manœuvres tendraient à la favoriser.

J'ai tant de fois parlé de la *ponction de la vésicule*, de *son ouverture avec le bistouri*, en un mot des *opérations* propres à évacuer la bile, que je ne dois pas y revenir longuement ici. Disons seulement que dans les cas où la distension est énorme, et où les accidens sont très-graves, on pourra mettre en usage la *ponction avec un trois-quarts très-fin* (c'est-à-dire dont la canule n'aurait qu'un millimètre de diamètre), puisqu'on a remarqué que dans les circonstances analogues on n'avait pas éprouvé d'accident. On devrait alors laisser la canule en place, de manière à ce qu'elle déterminât la formation d'adhérences entre le péritoine de la vésicule et celui des parois abdominales. On devrait également éviter de vider complétement la poche distendue, et même il serait prudent de n'enlever que très-peu de liquide (seulement en suffisante quantité pour faire cesser la distension excessive), parce que, si l'on changeait brusquement les rapports de la vésicule et de la paroi abdominale, on courrait grand risque d'occasionner un épanchement de bile et une péritonite mortelle. De cette manière, l'opération aurait nécessairement beaucoup moins

d'inconvéniens que la ponction ordinaire proposée par J. L. Petit. Reconnaissons, au reste, que ce point de doctrine n'est pas encore suffisamment établi, et qu'on ne doit agir qu'avec une extrême circonspection et à la dernière extrémité.

L'ouverture de la vésicule peut encore être tentée par les *procédés mis en usage pour l'ouverture des abcès du foie et des hydatides* (procédés de Récamier, Bégin, Jobert, etc.). Quant à celui qui a été mis en usage par Chelius, je l'ai rapporté dans l'article précédent (*voy.* p. 318).

Restent maintenant les *moyens propres à favoriser l'écoulement de la bile.* Je les ai indiqués dans l'article consacré aux calculs biliaires. Il serait par conséquent inutile d'y revenir ici. Qu'il me suffise de dire que la rétention de la bile étant presque toujours due à des causes mécaniques, on ne doit pas compter sur ces moyens pour procurer aux malades une guérison complète. Toutefois ils peuvent agir de manière à favoriser l'expulsion d'un obstacle mobile, comme les calculs. C'est principalement aux *purgatifs* peu violens (l'*huile de ricin*, les *sels neutres*, etc.) qu'on a recours en pareille circonstance. Les *narcotiques* et les *antispasmodiques* ne sont que des palliatifs qui servent à calmer l'irritation plus ou moins violente déterminée par la distension des voies biliaires.

ARTICLE IV.

HYDROPISIE DE LA VÉSICULE DU FIEL.

Avec M. Littré, je commencerai par mettre de côté l'*œdème des parois de la vésicule*, qui, comme le fait remarquer cet auteur, n'a d'intérêt réel que sous le rapport de l'anatomie pathologique. M. Louis en a

cité deux exemples (*Recherc. sur la Phtys.*, 2e édit., p. 123); et, dans ces deux cas, l'infiltration de sérosité n'avait été accompagnée d'aucun signe d'une affection de la vésicule pendant la vie.

Reste l'*accumulation de la sérosité dans la vésicule elle-même.* M. Littré est l'auteur qui a donné la meilleure description de cet état pathologique qui n'est pas encore suffisamment connu, surtout quant à ses symptômes et au traitement qui lui convient. C'est ce qui expliquera la rapidité avec laquelle je vais en faire la description.

Lorsqu'il n'existe pas de calcul dans la vésicule, ni de maladie du foie, ce qui est rare, cette hydropisie ne s'annonce, du moins d'après quelques observations, par d'autres phénomènes que par l'apparition d'une *tumeur circonscrite*, médiocrement résistante (à moins que la vésicule ne soit très-distendue), sans dureté environnante, et donnant lieu à une *fluctuation* qui occupe tout son diamètre. Dans les cas où il y a des *calculs* ou des *maladies du foie*, on observe des symptômes propres à ces lésions, et sur lesquels il serait oiseux de revenir ici.

La *marche* de la maladie est toujours très-lente; cependant, sous ce point de vue, il faut faire une distinction : *l'hydropisie de la vésicule se produit lorsqu'il y a obstacle au cours de la bile du foie dans cette poche*, en d'autres termes, lorsqu'il existe une *oblitération du canal cystique.* Or il ne faut pas confondre la marche de cette occlusion, qui peut être aiguë, avec celle de l'hydropisie de la vésicule, qui en est une conséquence plus ou moins lente. Il est impossible d'assigner une *durée* à l'affection; quant à sa *terminaison*, on peut dire, d'après quel-

ques faits, que l'hydropisie de la vésicule peut se prolonger très-longtemps, et ne pas déterminer par elle-même la mort, lorsqu'elle est à l'état de simplicité. Quand il existe des calculs et des maladies du foie concomitantes, il peut survenir une *inflammation violente* avec tous les accidens décrits plus haut (*voy.* p. 263), et la terminaison peut être mortelle; mais c'est encore aux calculs et aux maladies du foie qu'il faut attribuer cette terminaison funeste.

On a parlé également de la *rupture de la poche biliaire*, comme pouvant donner lieu à des accidens mortels; et cette rupture, suivant les auteurs, serait occasionnée soit par la distension trop grande de la poche, soit par un coup ou une chute; mais il est évident qu'on a prévu plutôt la possibilité de cet accident qu'on n'en a cité des exemples.

L'*investigation cadavérique* fait trouver, dans les cas dont il s'agit, une obstruction du canal cystique, qui est la condition capitale de la production de l'hydropisie. Au-dessus de l'obstacle, la cavité, distendue, prend quelquefois des proportions énormes. Walther, cité par M. Littré, dit avoir vu la tumeur formée par elle descendre jusqu'à l'hypogastre; le liquide contenu dans la vésicule est tantôt limpide et incolore, tantôt semblable à la synovie, tantôt à du blanc d'œuf ou à de l'urine (Louis). La chaleur et les acides peuvent y déterminer un précipité floconneux; et ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est qu'il ne conserve aucune amertume.

Diagnostic. Les signes propres à faire reconnaître la rétention de la bile dans la vésicule servent également à faire distinguer des autres affections hépatiques l'hydropisie de cette cavité; mais en est-il qui

puissent différencier suffisamment ces deux affections entre elles ? Tous les auteurs conviennent que la distinction est ordinairement extrêmement difficile, sinon impossible. C'est un point qui exige absolument de nouvelles recherches, et sur lequel je ne pourrais émettre que des idées hypothétiques. Quant au *pronostic*, nous avons vu que c'est surtout par les complications que cette affection était dangereuse.

Enfin, relativement au *traitement*, disons que le seul moyen à opposer à l'affection est la ponction de la vésicule; et, sur ce point, il me suffit de renvoyer aux réflexions faites dans l'article précédent.

ARTICLE V.

CANCER DE LA VÉSICULE ET DES CONDUITS BILIAIRES.

J'ai très-peu de chose à dire de cette affection, qui n'a guère été étudiée à part, et qui, dans l'état actuel de la science, mérite peu de l'être. Cependant M. Durand Fardel (*Arch. gén. de Méd.*; juin 1840 et avril 1841) a, il y a quelques années, publié sur ce sujet quelques recherches auxquelles il convient de donner ici une mention, et dont je vais extraire les principales considérations.

Il n'est pas rare de voir le cancer de la vésicule biliaire exister sans donner lieu à des symptômes très-notables. Des *troubles* plus ou moins marqués du côté *des voies digestives*, la *gêne*, le malaise que détermine la présence de la tumeur cancéreuse *dans l'hypochondre*, sont les seuls signes de ce cancer, et l'on voit combien ils sont vagues. Ce qu'il

y a de plus important à noter, c'est une *tumeur* au-dessous du rebord des fausses côtes, tumeur dure et circonscrite, et parfois un peu douloureuse au toucher. L'*ictère* n'est pas un symptôme essentiel du cancer de la vésicule. Dans la troisième observation de M. Durand Fardel, il a manqué complétement. En pareil cas, la *peau* présente ordinairement la coloration jaunâtre du cancer, ou grisâtre des maladies chroniques. Voilà tout ce qu'il est possible de dire sur les symptômes de cette affection.

Les *lésions anatomiques* consistent dans le développement d'une tumeur squirrheuse ou encéphaloïde, occupant soit la vésicule, soit les conduits biliaires, soit tous ces points à la fois. Dans les cas où les conduits biliaires, et principalement le canal cholédoque, sont obstrués par une tumeur cancéreuse, l'ictère existe avec l'intensité que nous lui avons trouvée dans la *rétention de la bile*. Il est ordinaire de rencontrer d'autres cancers soit du foie, soit des intestins, soit d'un organe plus éloigné; cette coïncidence est encore plus remarquable que dans les cas de cancer du foie.

Pour le *diagnostic*, on a les mêmes signes qui ont été indiqués à l'occasion du cancer du parenchyme hépatique; mais quand il s'agit de reconnaître si le cancer occupe la vésicule plutôt que le tissu du foie, on n'a aucun moyen sûr. Les observations de M. Durand Fardel n'ont pas pu éclairer ce point. Quant au *pronostic*, il est aussi grave que celui du cancer du foie lui-même, et peut même l'être davantage à cause de l'oblitération possible des voies biliaires.

Le *traitement* ne diffère en rien de celui du cancer du foie.

ARTICLE VI.

NÉVRALGIE DU FOIE.

J'arrive à une affection dont l'existence est loin d'être démontrée d'une manière bien positive. On trouve, il est vrai, dans tous les auteurs, une description plus ou moins étendue d'une affection consistant principalement dans une douleur aiguë, violente, ayant son siége dans l'hypochondre droit, et souvent s'irradiant bien au delà; mais on chercherait en vain un travail critique de nature à démontrer positivement que la source de la douleur se trouve dans le plexus hépatique. Le foie est, comme nous l'avons vu dans la description des maladies précédentes, un organe doué d'une sensibilité très-faible; il ne reçoit, relativement à son volume, qu'un très-petit nombre de filets nerveux réellement sensibles. Il est donc difficile de comprendre que la douleur puisse s'y développer d'une manière aussi frappante. Ce ne serait pourtant pas là une objection suffisante, si, d'une manière quelconque, on était parvenu à avoir quelques preuves de la possibilité d'une névralgie ayant pour siége le plexus hépatique. Mais, comme je viens de le dire, aucune preuve de ce genre n'existe. On a vu seulement que, dans certains cas, une douleur qui ne pouvait être rapportée à aucune des affections précédentes occupait l'hypochondre, et on en a conclu que cette douleur, évidemment de nature nerveuse, devait avoir son siége dans les nerfs du foie; mais ce n'est pas là,

comme on le voit, une démonstration directe, et l'on ne pourrait y avoir quelque confiance que si l'on était sûr d'avoir préalablement, par voie d'exclusion, mis de côté toute autre maladie, sans exception aucune. Mais c'est ce qu'on est bien loin d'avoir cherché à faire dans la grande majorité des cas, si ce n'est dans tous; et il est tant d'affections qui peuvent donner lieu à de la douleur dans l'hypochondre droit, qu'on ne peut, en y réfléchissant bien, s'empêcher de conserver des doutes sur l'existence même de cette maladie.

Il est très-certain qu'on a pris parfois pour des douleurs nerveuses les violentes souffrances causées par l'engagement d'un *calcul biliaire dans les conduits;* que des *gastralgies* très-intenses ont pu être regardées comme des névralgies hépatiques; que des *douleurs cancéreuses* ont pu donner lieu à la même erreur. M. Andral a cité un fait dans lequel un *anévrysme du tronc cœliaque* a occasionné des douleurs qui ont été prises pour une simple névralgie hépatique, jusqu'à ce que, d'un côté, les pulsations de la tumeur, et, de l'autre, la paralysie des membres inférieurs, aient fait connaître qu'il s'agissait d'une dilatation artérielle qui, après avoir détruit le corps des vertèbres, avait comprimé la moelle épinière.

Il est encore une affection qui n'a été convenablement étudiée que dans ces derniers temps, et qui très-probablement a été prise plus souvent que toute autre pour la névralgie hépatique : c'est la *névralgie dorso-intercostale*, dont les accès sont quelquefois d'une violence extrême, surtout chez les individus qui sont en même temps affectés d'une gastralgie, ou qui sont sujets aux troubles de la digestion. J'ai

vu dans ces derniers temps plusieurs cas de névralgie intercostale caractérisée par une douleur occupant à la fois le côté de la colonne vertébrale, l'hypochondre et l'épigastre, par des élancemens se faisant sentir dans ces divers points, et par une douleur à la pression souvent fort vive, surtout au niveau des premières fausses côtes, s'accompagner d'anxiété, de sentiment de constriction dans la base de la poitrine, et produire des accès douloureux absolument semblables à ceux qui ont été décrits comme appartenant à la névralgie du plexus hépatique.

On voit, d'après tout ce que je viens de dire, qu'avant d'admettre l'existence de cette affection, il faudrait absolument avoir de nouvelles recherches bien précises ; car tant qu'on n'aura pas parfaitement démontré que dans les observations présentées comme exemples de névralgie hépatique, on n'a, pour expliquer l'existence de la douleur, aucune des affections indiquées plus haut, on ne saurait dire, d'une manière positive, que le plexus hépatique peut, sans aucune lésion appréciable, devenir douloureux au point de produire les accès de *colique hépatique nerveuse*.

Ces considérations m'empêchent de donner une description étendue de l'affection dont il s'agit. J'ajouterai seulement que ce qui vient encore prouver l'exactitude des propositions précédentes, c'est la grande variété des causes admises par quelques auteurs. J. Frank, par exemple, reconnaît les *hépatalgies* suivantes : 1° *H. traumatique*, 2° *H. inflammatoire*, 3° *H. rhumatique*, 4° *H. bilieuse*, 5° *H. nerveuse*, 6° *H. vermineuse*. Cette dernière serait pro-

duite par des vers développés dans l'organe, comme la *douve*, aussi bien que par des vers intestinaux qui auraient passé dans les voies biliaires. Il suffit de citer cette division, pour montrer combien d'affections diverses comprend cette prétendue névralgie hépatique.

Je suis, au reste, d'autant plus autorisé à ne pas insister sur cette affection, et à passer outre, que, sous le rapport du *traitement*, je n'aurais rien d'intéressant à faire connaître. Les *narcotiques*, les *antispasmodiques* et les *révulsifs cutanés*, sont les moyens qu'on a employés avec le plus de succès dans les cas où on a cru avoir affaire à cette maladie.

ARTICLE VII.

ATROPHIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE; DOUVE DU FOIE; ALTÉRATIONS DE LA BILE.

Je me contente de mentionner, pour mémoire, ces affections, qui n'ont aucun intérêt réel pour nous : l'*atrophie de la vésicule* n'est, en effet, importante que sous le point de vue de l'anatomie pathologique; on ne lui a assigné aucun symptôme positif, et on n'a pas même, comme on le pense bien, eu l'idée de parler d'un *traitement* qui lui fût applicable.

La *douve du foie* se rencontre bien rarement chez l'homme, et l'on ignore presque entièrement les symptômes auxquels elle donne lieu. Ce ver occupe la vésicule, et peut descendre dans les conduits. On conçoit qu'en pareil cas il pourrait produire les

accidens décrits plus haut sous le nom de *colique hépatique*.

Quant aux *altérations de la bile*, quoiqu'elles aient été étudiées avec soin par les chimistes, il serait superflu de les indiquer ici avec détail. On n'a, en effet, trouvé aucun rapport constant entre telle ou telle altération de ce liquide et des symptômes déterminés. Attendons, par conséquent, pour en parler, que nous ayons des renseignemens plus utiles.

ARTICLE VIII.

ICTÈRE.

Après avoir décrit un nombre considérable de maladies dans lesquelles l'ictère peut se produire plus ou moins fréquemment, il nous reste à étudier ce symptôme comme constituant, dans certains cas, presqu'à lui seul, une affection particulière. Aussi est-ce à l'*ictère simple* ou *ictère spasmodique* que cet article est principalement destiné. Toutefois, comme dans les descriptions précédentes j'ai cru devoir me borner à indiquer simplement l'ictère comme symptôme, sans entrer dans aucun détail à son sujet, il sera nécessaire d'indiquer ici les particularités qu'il peut présenter, suivant les principales circonstances dans lesquelles il se produit, ce qui me forcera, chemin faisant, à parler maintes fois de l'*ictère symptomatique*.

Comme toutes les affections qui sont caractérisées par des phénomènes très-facilement accessibles à la moindre exploration, l'ictère a été connu et décrit dès la plus haute antiquité. Hippocrate (*de Internis*

affectionibus; de Morbis, etc.) en parle dans plusieurs endroits de ses ouvrages; Celse (lib. III, cap. 24), Galien (*de loc. Affectis*), Arétée (lib. I, cap. 15) en ont fait également une description plus ou moins étendue, et exacte quant aux phénomènes apparens. Ensuite tous les auteurs de traités de pathologie ont consacré un article considérable à cette affection, qui a été en outre l'objet d'un nombre immense de dissertations dans les deux derniers siècles.

Pour apprécier, autant que possible, avec rigueur, les principaux symptômes de l'ictère simple ou spasmodique, j'ai analysé seize observations qui ne me laissaient pas de doute sur la nature de l'affection, ce qui me permettra de rechercher, dans les descriptions des auteurs, les points qui sont appuyés sur l'observation et ceux qui laissent encore quelque doute.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Le nom d'*ictère* est donné à une coloration jaune des divers tissus du corps, apparente pendant la vie sur la peau et les conjonctives, et due à la présence des élémens de la bile dans le sang.

Cette affection a reçu les noms de *regius morbus*, *fellis suffusio*, *luridus morbus*, *morbus arcuatus*, *ictericia*, *ictère*, *ictericie*, *jaunisse;* les Espagnols lui donnent le nom d'*amarillez*, les Italiens celui de *citrinezza*, les Anglais celui de *jaundice*, et les Allemands celui de *Gelbsucht*.

La *fréquence* de l'ictère est grande. Nous avons vu plus haut combien de maladies organiques peuvent le produire, et nous allons voir que l'ictère

qu'on a désigné sous le nom de *spasmodique*, c'est-à-dire celui qui ne laisse aucune trace après la mort, se montre dans d'assez nombreuses circonstances.

§ II. — Causes.

C'est surtout en se fondant sur les causes, qu'on a établi, dans la description de l'ictère, des divisions très-variables. C'est ainsi que, recherchant s'il y avait augmentation de la sécrétion biliaire, s'il y avait suspension des fonctions du foie, etc., on a fait des divisions qui, pour la plupart, n'ayant pour base que de simples hypothèses, ne méritent guère de nous arrêter. Je me contenterai de signaler celle qui est admise par les auteurs du *Compendium* (article *Ictère*, tom. V), pour montrer quelles sont les diverses espèces dont je veux parler ici. Ils reconnaissent, « 1° Un *ictère par altération du tissu du foie ;* 2° un *ictère par maladie de l'appareil d'excrétion biliaire.* » Ces deux premières espèces sont constituées par les affections de l'organe hépatique et des conduits biliaires que j'ai décrites jusqu'à présent. Il me suffira, comme je l'ai dit plus haut, de mentionner dans cet article ce que l'ictère présente de notable en pareil cas. La troisième espèce est « l'*ictère par simple trouble des fonctions sécrétoires du foie* » ; c'est là l'ictère *simple* ou ictère *spasmodique*, dont il sera principalement question ici. Viennent ensuite quatre autre espèce qui sont « 4° l'*ictère par maladie des voies digestives ;* 5° l'*ictère par altération du sang ;* 6° l'*ictère des fièvres ;* 7° l'*ictère des nouveau-nés.* » Ces quatre espèces ont été également décrites, soit en totalité, soit en partie, par un grand

nombre d'autres auteurs. Parmi elles, l'*ictère des nouveau-nés* me paraît devoir seul être étudié sous un point de vue critique. Quant aux autres, il suffira de les mentionner à l'occasion du diagnostic, afin de les distinguer du véritable ictère. Je vais, au reste, revenir sur quelques unes de ces considérations à propos des causes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Nous n'avons que des recherches peu exactes relativement à l'*âge* qui prédispose les sujets à l'ictère. On peut dire d'une manière générale que l'*ictère symptomatique*, celui en particulier qui est dû aux *affections chroniques du foie*, est surtout fréquent dans un *âge avancé*. C'est, en effet, ce qui ressort des descriptions présentées dans les articles précédens. Suivant quelques auteurs, et en particulier J. Frank, il n'en serait pas de même quant à l'*ictère spasmodique*, auquel les *enfans* seraient particulièrement sujets; mais on cherche vainement les preuves de cette assertion, et si l'on consulte l'observation, on voit, au contraire, que l'ictère de cette espèce, aussi bien que de toutes les autres, se montre très-rarement dans l'enfance. Ce qui a peut-être porté l'auteur que je viens de citer à s'exprimer ainsi, c'est qu'il a admis sans aucune contestation l'existence de l'*ictère des nouveau-nés*. Or il n'est nullement prouvé que l'ictère chez les nouveau-nés présente rien de particulier, et qu'il faille en faire une description à part; mais comme c'est là une question qui ne manque pas d'importance, il est nécessaire de la traiter avec quelques détails.

Ictère des nouveau-nés. Il est bien peu d'auteurs

qui se soient occupés des maladies des enfans sans consacrer un article à cette affection, sur l'existence de laquelle plusieurs ont néanmoins élevé des doutes. Ainsi Rosen (*Traité des Mal. des Enf.*, trad. de Lefèvre de Villebrune; Montpellier, 1792) a dit formellement (chap. 20, de la *Jaunisse*) que l'ictère qui peut se développer chez les enfans nouveau-nés ne diffère en rien de celui des adultes, et que Sylvius (*Prax. Med.*, lib. I, cap. 47), lorsqu'il avait cru voir chez les nouveau-nés un ictère tout particulier, avait pris sans doute la couleur plus ou moins rouge de la peau de ces enfans pour la jaunisse. Cette méprise de la part de Sylvius n'est nullement probable; mais ce qui sans doute l'a induit en erreur comme plusieurs autres auteurs (*voy.* Chambon, *Mal. des Enf.*, t. Ier, p. 264, etc.) et la plupart des médecins, c'est ce changement dans la couleur des nouveau-nés qui survient trois ou quatre jours après la naissance, et qui a été parfaitement signalé par Underwood (*Traité des Mal. des Enf.*, trad. d'Eusèbe de Salles; Paris, 1823). Voici à ce sujet ce que j'ai dit dans ma *Clinique des Enfans nouveau-nés* (*Explor. cliniq.*, p. 6):

« Peu de temps après l'accouchement, la face du nouveau-né est d'un rouge foncé légèrement violacé. Cet état dure ordinairement quatre ou cinq jours, ainsi que l'ont remarqué tous les auteurs qui ont traité des maladies des enfans, et pendant tout ce temps, si on exerce une légère pression sur les tégumens ainsi colorés, on voit apparaître une coloration jaune pâle qui ne tarde pas à disparaître. C'est du troisième au cinquième jour que cette coloration commence à diminuer; et alors, dans tous les cas, une légère teinte jaune vient nuancer la rougeur générale.

Cette dernière couleur n'atteint les pommettes qu'après s'être montrée sur le reste de la face, en sorte qu'elles sont entourées d'une teinte jaunâtre, lorsqu'elles conservent encore leur couleur première. Je n'ai jamais vu, dans l'état de santé parfaite, la coloration jaune être générale et uniforme; toujours on voit persister une rougeur plus ou moins foncée et plus ou moins étendue des pommettes. Dans tous les cas, cette coloration jaune était d'autant plus intense, que la coloration rouge primitive avait été plus foncée, ce qui vient à l'appui de l'opinion émise dans ces derniers temps, savoir que cette espèce d'ictère des nouveau-nés a pour cause la disparition de la stase sanguine; de même que dans les ecchymoses la couleur jaune qui se montre sous les tégumens est due à une résorption lente du sang infiltré.....

« C'est dans l'œdème des nouveau-nés que j'ai vu persister le plus long-temps la couleur rouge, qui chez eux est le plus souvent très-foncée et vineuse. C'est aussi chez eux que j'ai vu la couleur jaune consécutive se montrer avec le plus d'intensité, et c'est là sans doute ce qui a fait regarder à tort l'ictère comme une maladie inséparable de l'induration du tissu cellulaire.

« Dans d'autres maladies, au contraire, la couleur jaune, au lieu de se produire graduellement, apparaît d'un jour à l'autre; elle a une légère nuance verte, et elle est générale. C'est surtout dans quelques cas de diarrhée très-abondante et survenue très-rapidement, que j'ai vu se montrer cette coloration: alors il y a véritablement teinte ictérique; mais c'est un état qu'il ne faut pas confondre avec celui dont je viens de parler. Ce qui servira surtout à les distin-

guer, c'est que, dans le premier cas, les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre ou à peine jaunâtre, tandis que dans le second elles participent à la couleur jaune générale. »

Ce que je disais alors je dois le répéter aujourd'hui, après avoir vu un nombre beaucoup plus considérable de nouveau-nés malades, et par conséquent je ne crois pas qu'il soit utile de regarder l'ictère survenant chez ces enfans comme une maladie particulière, ou plutôt je pense que ce serait une erreur.

Une fois cet ictère admis, les auteurs ont cherché à se rendre compte de sa production, et ils l'ont cherché dans la *rétention du méconium*, dans la *difficulté de l'excrétion biliaire*, dans *le lait* donné à l'enfant par une femme accouchée depuis long-temps (Baumes), dans la *tympanite*, d'où peut résulter la compression des canaux biliaires; mais évidemment c'est d'après des idées purement théoriques qu'on a admis l'existence de ces causes. Quant à moi, j'ai vu l'ictère chez les nouveau-nés, ictère semblable à celui de l'adulte, coïncider principalement avec des affections intestinales intenses, et surtout avec l'entérite.

En somme, et si nous avons égard à l'opinion de plusieurs auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfans nouveau-nés, ainsi qu'aux considérations précédentes, nous voyons que c'est à partir de l'*âge adulte* que l'ictère se manifeste le plus fréquemment.

Sexe. Nous avons dit, dans les descriptions des diverses maladies du foie, ce que nous savons sur l'influence du *sexe* dans la production de l'*ictère symptomatique*. Relativement à l'*ictère simple ou spasmodique*, c'est une opinion généralement reçue, que les

femmes y sont plus sujettes que les hommes. Je n'ai, sur ce point, à présenter que des chiffres tout-à-fait insuffisans; je les consigne seulement ici comme renseignemens. Dans seize cas observés à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis, nous trouvons huit hommes et huit femmes; mais il faut remarquer que dans ce service les femmes sont en nombre à peu près double, de sorte que si l'on voulait s'en rapporter à ces cas, on se ferait une opinion entièrement opposée à l'opinion générale; mais, je le répète, il en faudrait un beaucoup plus grand nombre, et il est fâcheux que nous ne trouvions pas sur ce point les élémens d'une bonne statistique.

On a dû naturellement dire que la maladie était plus fréquente chez les sujets d'un *tempérament bilieux et nerveux;* mais c'est encore un point qui demande à être mis hors de doute d'une manière positive.

Si l'on s'en rapporte au petit nombre de cas que je viens de mentionner, la *constitution* n'a point d'influence marquée sur la production de l'*ictère spasmodique*. Quant à l'*ictère symptomatique*, c'est dans les articles précédens qu'il faut chercher ce que nous savons à ce sujet.

Il en est de même de l'*état de santé habituel* des malades et du *régime* qu'ils ont suivi. Il serait bon pourtant d'avoir des renseignemens plus précis sur ce dernier point; car, ainsi que nous allons le voir, on a avancé, surtout dans ces derniers temps, que l'ictère ne résulte ni d'un spasme des voies biliaires, ni de la suppression de la sécrétion, ni d'aucun trouble nerveux de cette fonction, mais bien de la propagation d'une inflammation des voies digestives, et

principalement du duodénum aux voies biliaires et à la partie inférieure du foie. Or nous savons que cette inflammation des voies digestives a été elle-même attribuée aux écarts de régime, à l'abus des boissons alcooliques, etc.; il serait par conséquent important de rechercher dans quelle proportion des cas ces prétendues causes ont pu agir; malheureusement nous manquons entièrement des documens nécessaires sur ce point; mais nous verrons tout à l'heure qu'on peut, par une autre voie, arriver à se prononcer sur cette question.

Enfin on a dit que les *climats chauds* prédisposaient particulièrement à l'ictère; mais resterait à savoir si l'*ictère spasmodique* se produit fréquemment sous cette influence; or c'est ce que les auteurs ne nous ont pas suffisamment appris. Quant à l'*ictère symptomatique*, on a vu plus haut ce qu'il faut penser à cet égard.

2°. *Causes occasionnelles.*

Relativement aux causes occasionnelles, il faut nécessairement établir une distinction absolue entre l'ictère symptomatique et l'ictère spasmodique.

Ictère symptomatique. Il suffit de répéter ici sommairement ce qui a été exposé en détail dans les articles précédens. Nous avons vu, en effet, que les causes organiques qui donnaient lieu à la production de l'ictère étaient l'*inflammation* et les *abcès* [1]

[1] Dans plusieurs Mémoires publiés par des chirurgiens militaires (*voy.* en particulier le travail du docteur Haspel, *Mém. de Méd.*, *de Chir. et de Pharm. milit.* t. LV), j'ai vu que les abcès du foie sont fréquens dans l'Afrique française, et surtout à Oran. Les recherches entreprises dans ce pays éclaireront sans doute beaucoup un jour la pathologie du foie. Quant à présent, je dois dire que la lecture des Mémoires indiqués ne

qui en sont la suite, le *cancer*, la *cirrhose* (ces dernières affections ne produisant que rarement l'ictère), et les *hydatides*, qui ont une influence plus limitée encore. Viennent ensuite les *affections des voies biliaires*, en tête desquelles il faut mettre celles qui déterminent la *rétention de la bile dans le foie*, c'est-à-dire qui ont pour cause principale l'oblitération du canal hépatique ou cholédoque; mais il serait inutile d'insister plus longuement sur ce sujet.

Ictère simple ou spasmodique. Les principales causes occasionnelles de l'ictère dont il s'agit ici sont, sans contredit, les *émotions morales vives*. On cite un nombre infini de faits à l'appui de cette proposition. La *colère* et la *frayeur* sont surtout des causes très-puissantes. On a vu des sujets présenter une jaunisse intense immédiatement après un accès de colère, quoique auparavant ils fussent dans un parfait état de santé. Dans les seize cas dont j'ai précédemment parlé, deux malades ont accusé une grande colère. Chez eux, il est vrai, l'ictère ne s'est pas produit immédiatement, un des deux ne l'a même vu apparaître que quatre semaines après; mais, à dater du moment où ces sujets avaient eu l'accès de colère, ils avaient éprouvé des symptômes dont ils étaient exempts auparavant, symptômes qui appartiennent, comme nous le verrons plus loin, à l'ictère, et qui ont duré jusqu'à l'apparition de celui-ci. Une grande frayeur a été mentionnée

m'a rien fait connaître qui n'ait été indiqué dans l'article *Abcès du foie*, si ce n'est la coexistence de l'inflammation hépatique avec la dysenterie dans un grand nombre de cas. Quant à l'ictère, il s'est produit, chez les sujets observés en Afrique, dans la même proportion des cas que celle que j'ai indiquée.

trois fois, et dans un cas cette frayeur a eu lieu *au moment des règles*, qui se sont changées en pertes abondantes. Trois autres sujets avaient eu des *contrariétés très-vives* et de *longue durée* dans les jours qui avaient immédiatement précédé l'apparition de l'ictère.

Dans deux cas, on n'a trouvé, pour expliquer la production de la maladie, qu'un *travail pénible et prolongé* auquel les sujets n'étaient point habitués. Un malade présenta, dans le *cours d'une colique de plomb*, non pas ce symptôme qui a été décrit sous le nom d'*ictère saturnin*, et qu'on ne doit pas regarder comme une véritable jaunisse, mais un ictère tout à fait différent, et dû à la suffusion biliaire. Enfin un sujet avait été exposé à *un froid très-vif* pendant son travail; et dans les autres cas (quatre) on n'a rien découvert qui parût être la cause de la maladie.

On trouve dans cette exposition presque toutes les causes principales assignées à l'ictère spasmodique; on a, il est vrai, regardé comme cause particulière la *morsure de la vipère*, les *grandes hémorrhagies*, etc.; mais on voit que, dans ces cas, la frayeur peut avoir été la cause réelle de la jaunisse.

L'ictère peut se développer sous *forme épidémique*. Je ne veux point parler ici, comme on le pense bien, de la *fièvre jaune*, affection toute particulière, dans laquelle la coloration jaune de la peau n'est qu'un simple symptôme; mais il est positif qu'à certaines époques on voit apparaître un nombre souvent considérable d'ictères parfaitement simples, dont la marche ne présente rien de particulier et dont la terminaison est heureuse. Nous avons vu, il

n'y a pas longtemps, dans les hôpitaux de Paris, une petite épidémie de ce genre.

Causes prochaines de l'ictère spasmodique. Je n'exposerai pas en grand détail les diverses manières dont les auteurs ont cherché à expliquer la production de l'ictère, car presque tous n'ont avancé que des idées théoriques qu'il est peu important de connaître. D'abord on a attribué la production de l'*ictère spasmodique* à une *constriction*, à une *contraction*, à un *spasme* des voies biliaires, et c'est ce qui lui a valu son nom; mais ce spasme, on en a simplement supposé l'existence, par la seule raison qu'on ne trouvait après la mort aucune lésion capable d'expliquer la suffusion biliaire. Quelques médecins, comme nous l'avons vu plus haut, ont pensé qu'il y avait une *irritation* qui *des voies digestives*, et principalement *du duodénum*, se portait vers les canaux biliaires et vers la vésicule. Mais je ferai remarquer qu'on n'a nullement mis le fait hors de doute par l'anatomie pathologique, et que si on a pu dire avec raison que des symptômes digestifs se montrent ordinairement dans le cours de l'ictère, on n'a pas eu le soin de rechercher si ces symptômes étaient primitifs ou consécutifs. Les observations que j'ai sous les yeux ne sont pas toutes propres à décider cette question; mais il en est deux dans lesquelles on voit que les sujets ne s'étaient aperçus d'aucun dérangement de leur santé lors de l'apparition de la jaunisse, que l'appétit n'était point diminué, que la soif n'était pas augmentée, qu'il n'y avait ni nausées, ni vomissemens, ni coliques. Les cas de ce genre ne sont pas très-rares, et il n'est pas de médecin qui n'en

ait vu des exemples. Comment, d'un autre côté, dans les cas où un ictère survient immédiatement après un accès de colère ou de frayeur, admettre que la source de la maladie se trouve dans une inflammation du tube digestif, quelque légère qu'elle soit? On a vu, il est vrai, l'ictère se produire dans de *violentes indigestions*; mais ne trouve-t-on pas, en pareil cas, une cause suffisante dans la frayeur que peuvent produire chez certains individus les symptômes parfois si graves d'une simple indigestion? Quant à l'*épaississement de la bile*, qui peut gêner le cours de ce liquide, ce n'est pas dans l'ictère dont il s'agit qu'on devrait le regarder comme cause, alors même qu'on pourrait admettre son existence.

Causes prochaines de l'ictère en général. Je ne m'étendrai pas longuement sur cette partie de l'histoire de l'ictère, parce que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'en tirer aucun résultat bien utile pour la pratique. Constatons d'abord que l'on n'admet plus aujourd'hui comme cause de l'ictère, soit une simple *congestion sanguine* des divers tissus, soit un *spasme des tégumens*, et que personne ne doute que cette affection ne soit due à la *présence de la bile* ou *des principaux élémens de ce liquide dans le sang*. Mais comment la bile se trouve-t-elle dans le sang? Cette question ne semble pas difficile lorsqu'il s'agit de l'*ictère symptomatique*, car alors on peut penser que la bile retenue dans les conduits et dans le foie, ou bien n'étant pas facilement sécrétée dans cet organe, reste dans le liquide dont elle devait se séparer. Mais, même dans ce cas, il faut remarquer que cette théorie implique

la présence du liquide biliaire dans le sang à l'état normal, ou du moins de ses principaux élémens existant avec leurs qualités propres; or c'est sur ce point que nous trouvons la divergence des opinions.

Je ne m'étendrai pas sur cette discussion, dont je me contenterai de fournir les élémens. D'après les expériences de Fourcroy, de Vauquelin et de MM. Chevreul, Orfila, Lassaigne, Braconnot, les élémens de la bile existent tout formés dans le sang. En admettant ce fait, on conçoit facilement l'ictère, quelle que soit la lésion qui le cause, car la formation de la bile étant gênée dans certains cas, et dans d'autres le fluide ne s'écoulant pas dans l'intestin, imprégnant le foie et rendant cette glande impropre à une nouvelle sécrétion, il en résulte que les élémens biliaires ne peuvent plus être séparés du sang, deviennent surabondans et vont colorer tous les tissus. Mais, d'un autre côté, on a dit que dans les cas où la bile se trouvait retenue dans le foie, les absorbans pouvaient la reprendre et la porter dans le torrent de la circulation. Cette manière de voir est appuyée sur les expériences de Tiedmann, qui a fait voir qu'en liant les canaux biliaires, les lymphatiques du foie étaient colorés par la bile, et le liquide arrivait dans le sang par le canal thoracique. En outre, quelques expériences qui peuvent se rapprocher de celles-là ont été faites par M. le docteur Simon, de Metz. Ce médecin, ayant lié les vaisseaux sanguins du foie, n'a produit qu'une atrophie sans ictère, tandis qu'en liant les canaux biliaires, l'ictère est devenu intense. Enfin nous avons vu plus haut que dans les cas d'atrophie du foie et de défaut de sécrétion de la bile, l'ictère est une affection qui n'est pas très-fréquente (*Voy.*

Atrophie, *Cyrrhose*, *Cancer du foie*, *de la vésicule*, etc). Ces objections, comme on le voit, ne laissent pas d'avoir de la valeur. Toutefois on peut y répondre par une observation qui est exacte : c'est que si l'absorption de la bile dans le foie était la cause réelle de la production de l'ictère, cette affection ne pourrait avoir lieu dans aucun des cas où l'organe n'est pas imbibé de ce liquide, où la bile peut encore couler dans l'intestin, où, en un mot, il n'y a pas surabondance du liquide biliaire. Or nous avons vu que dans les cas d'abcès, soit aigu, soit chronique, dans des cas de cancer et même de cyrrhose, l'ictère s'est produit en l'absence des conditions qui viennent d'être énumérées.

Il résulte de cette discussion qu'on ne peut se prononcer d'une manière rigoureuse pour l'une ou l'autre de ces manières de voir, car elles ont contre elles des objections très-fortes. Cependant nous dirons que l'opinion la plus généralement reçue est celle de la rétention des élémens de la bile tout formés dans le sang, soit parce que la sécrétion est suspendue, soit parce que l'excrétion est empêchée. Quant à l'absorption du fluide biliaire dans l'intestin lui-même, c'est une manière de voir qui n'est pas défendue aujourd'hui, et qui ne pourrait s'appliquer tout au plus qu'aux cas où le liquide trouve encore une issue facile à travers les voies biliaires, c'est-à-dire aux cas les plus rares.

Dans *l'ictère simple ou spasmodique*, devons-nous chercher d'autres explications? Je ne le pense pas; car soit qu'on admette un *spasme des voies biliaires* qui empêche l'excrétion, soit que l'on regarde la *sécrétion* elle-même comme *suspendue* par une *pertur-*

bation nerveuse, l'une des deux explications précédentes se présente naturellement à l'esprit; elles sont même les plus satisfaisantes, et rien ne prouve qu'il faille chercher dans d'autres circonstances la cause prochaine de l'ictère. Mais c'en est assez sur une question fort importante sans doute au point de vue de la physiologie pathologique et de la chimie organique, mais d'un intérêt secondaire pour nous.

§ III. — Symptômes.

Ce qu'il y aurait peut-être de plus intéressant à connaître dans la symptomatologie de l'ictère, c'est la période du début. On sent, en effet, que pour s'assurer si la maladie appartient uniquement au foie, si elle est la conséquence d'une affection des organes voisins (estomac, intestins), ou bien si ces affections se sont produites en même temps sous l'influence des mêmes causes, il serait de la plus haute importance de connaître la succession exacte des principaux symptômes. Malheureusement les auteurs ont complétement négligé ce point capital de l'histoire de l'ictère, d'où sont résultées des théories plus ou moins ingénieuses, mais non appuyées sur l'observation. Cette réflexion ne s'applique, comme on le pense bien, qu'à *l'ictère simple ou spasmodique*. Dans les cas *d'ictère symptomatique*, il est évident que la jaunisse n'étant qu'un symptôme, n'a pu se produire que par suite de l'affection du foie lui-même. Toutefois on a encore à rechercher, dans ces cas, si cette dernière affection n'est pas sous la dépendance d'une autre maladie; mais c'est ce que nous avons fait dans les articles précédens, et il n'y a pas à y revenir ici. Je me contenterai de faire

connaître ce que nous apprennent quelques cas assez détaillés, mais malheureusement trop peu nombreux, sur ce début si négligé par tous les auteurs.

Début de l'ictère simple ou spasmodique. Parmi les observations dont j'ai déjà parlé, il n'en est que douze qui donnent des renseignemens assez précis sur le début de la maladie; or, sur ces douze cas, il n'en est pas un seul qui n'ait présenté quelques symptômes plus ou moins marqués avant l'apparition de l'ictère; mais ces symptômes sont de deux espèces bien différentes. Chez trois individus, en effet, il n'y a eu, avant l'apparition de l'ictère, que des symptômes qui pouvaient être entièrement étrangers au tube digestif : c'étaient des *frissons,* du *malaise* et une *courbature* qu'on ne pouvait attribuer à la lésion d'aucun organe en particulier. Rien ne prouve par conséquent que l'état seul du foie ne fût pas la cause unique de ces symptômes. Dans trois autres cas, outre les phénomènes qui viennent d'être indiqués, on nota, soit une *anorexie* marquée, soit quelques *douleurs de ventre.* Chez cinq autres sujets, les symptômes qui précédèrent l'apparition de l'ictère eurent leur siége exclusif dans le tube digestif. C'étaient des *nausées*, des *vomissemens* ordinairement *bilieux*, du *dévoiement;* dans un cas, l'ictère survenant au milieu d'une colique de plomb, il y eut les symptômes intestinaux propres à cette maladie.

Que faut-il conclure de l'analyse de ces faits? La réponse est bien difficile; elle exigerait des recherches beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus précises. De ce qu'il a existé dans la majorité des cas des troubles gastro-intestinaux, devons-nous en inférer que l'état du foie qui a produit l'ictère est

dû tout simplement à l'extension à la glande hépatique d'une affection de l'estomac, du duodénum, ou d'une autre partie du conduit alimentaire? Mais comment s'assurer si déjà à cette époque, et même à une époque antérieure, la sécrétion biliaire n'était pas altérée, sans que cet état pathologique fût assez avancé pour donner lieu à la coloration jaune de la peau?

Si nous examinons sous ce point de vue les cas dans lesquels l'ictère étant occasionné par une vive frayeur, s'est produit presque tout à coup, nous voyons qu'il est encore difficile de découvrir l'organe primitivement affecté. Ces faits se divisent en deux catégories : dans quelques cas, comme je l'ai dit plus haut, les sujets ont été affectés d'une jaunisse instantanée au moment où ils sont entrés dans un accès de fureur, où ils ont vu un spectacle effrayant, où ils ont reçu une mauvaise nouvelle, etc. En pareil cas, on ne peut guère admettre que l'affection ait commencé par l'estomac ou une partie quelconque du tube intestinal. On a cependant fait remarquer que l'action nerveuse produite par ces vives émotions morales se faisait principalement sentir sur les voies digestives; mais il n'y a rien là de surprenant, puisque les mêmes nerfs qui animent le foie se portent aussi à l'estomac. Du reste, ces faits servent toujours à démontrer que, même en admettant (ce que nous n'avons pu faire) que les voies digestives sont primitivement affectées, l'altération qu'elles présentent ne peut nullement être rapportée à l'inflammation.

Dans les cas où l'émotion morale est séparée de l'apparition de l'ictère par un espace de plusieurs

jours, faut-il admettre que les symptômes gastro-intestinaux qui se manifestent alors sont dus à une altération de la partie supérieure du tube digestif, et non au trouble de la sécrétion biliaire lui-même? Quoiqu'il soit difficile de se prononcer, je crois que, d'après les considérations précédentes, cette dernière supposition est celle qui est conforme à la vérité.

Quant aux cas où, en l'absence de la cause qui vient d'être indiquée, l'ictère se produit après de longs troubles de la digestion, il eût été très-intéressant de savoir si pendant ces troubles intestinaux il existait dans les excrétions naturelles des signes propres à faire reconnaître que la sécrétion biliaire est diminuée ou suspendue. Je vois seulement dans deux cas que les matières fécales étaient décolorées, et que les urines présentaient la teinte ictérique plusieurs jours avant l'apparition de la jaunisse. D'autres auteurs ont signalé le même fait, mais malheureusement nous n'avons pas sur ce point un nombre d'observations assez considérable. Cependant les faits que je viens d'indiquer ont une très-grande importance; ils prouvent qu'on aurait eu grand tort de regarder, dans ces cas, l'affection gastro-intestinale comme primitive et indépendante. Il est plus que probable que les nausées, les vomissemens, l'anorexie, etc., étaient causés par des obstacles à la sécrétion biliaire, dont l'intégrité est, à moins de circonstances exceptionnelles, nécessaire pour une bonne digestion.

Ainsi, autant que nous pouvons nous en rapporter à ces observations, nous devons regarder l'ictère simple ou spasmodique comme ayant son siége primitif dans le foie, et donnant lieu, au moins dans un

certain nombre de cas, à des troubles intestinaux tout à fait secondaires. Je ne présente toutefois cette proposition qu'avec d'assez grandes restrictions; car rien n'est plus nécessaire que de nouvelles recherches sur ce point si négligé et cependant d'une importance si incontestable.

Symptômes. Ce que je vais dire relativement aux symptômes s'appliquera à *l'ictère simple ou spasmodique*, et je me contenterai ensuite de rechercher si dans certains *ictères symptomatiques* on observe quelque chose de particulier.

1°. *Ictère simple ou spasmodique.* Le phénomène qui nécessairement frappe le plus est la *coloration de la peau* et des muqueuses. Cette coloration se montre d'abord sur les sclérotiques, et c'est là un point très-important à noter, puisqu'il sert à faire distinguer l'ictère de quelques autres affections. On a même dit que la coloration jaune occupait le grand angle de l'œil avant les autres points, mais le fait n'est pas hors de doute.

La couleur jaune gagne ensuite la face; c'est sur les parties peu colorées ordinairement, comme les ailes du nez, le pourtour des lèvres, qu'on la voit d'abord apparaître, puis elle envahit le front et les autres parties; les joues, surtout lorsqu'elles sont très-colorées, conservent encore, à une époque assez avancée, un reste de leur couleur naturelle. M. le docteur Villeneuve (*Dict. des Sciences médicales*) a avancé, comme un fait à peu près général, que les *lèvres* deviennent d'abord pâles, puis d'un jaune intense (tome XXIII; 1818). Mais cet auteur a pris l'exception pour la règle, car la coloration jaune des lèvres ne survient que dans des cas où l'ic-

tère est extrêmement intense et souvent chronique.

Les parties du corps qui sont ensuite colorées les premières sont la poitrine et les bras; puis viennent le cou et le ventre, et enfin les avant-bras, les mains et les membres inférieurs. Aux extrémités on voit les ongles présenter une coloration jaunâtre avant que la peau environnante soit colorée. Tout récemment M. le docteur de Lonjon (*Gaz. médic.;* avril 1845) a signalé la teinte jaune uniforme qui occupe le voile du palais et qui s'arrête brusquement à la voûte palatine. C'est, comme on le voit, dans les parties les moins colorées habituellement que se montre d'abord l'ictère, et tout porte à croire, comme on l'a dit, que cette apparition de la jaunisse, plus hâtive dans ces parties, dépend plutôt de la facilité plus grande qu'on a à la découvrir, que de la plus grande perméabilité des tissus.

La coloration commence toujours par être beaucoup moins intense qu'elle ne doit le devenir dans la suite. Ce n'est souvent, en effet, qu'une légère teinte jaune clair répandue sur une plus ou moins grande partie du corps; mais à mesure que la maladie marche, cette teinte devient d'un jaune foncé, verdâtre, verte, et parfois d'un vert si foncé, qu'on a rangé ces cas parmi les faits de coloration due à des causes diverses, et auxquels on a donné le nom d'*ictères noirs*.

Dans certains cas, au lieu de se répandre uniformément sur tout le corps, la coloration ictérique n'occupe qu'une seule partie. Dans d'autres, les diverses teintes qui viennent d'être indiquées se trouvent combinées de manières diverses; mais ce sont là des cas plutôt curieux qu'utiles à connaître, et qu'il suffit de mentionner.

En même temps que se manifeste cette coloration, on voit survenir chez quelques malades des *démangeaisons* souvent fort vives, et qui empêchent même parfois le sommeil. Cependant il ne faut pas croire que ces démangeaisons soient un symptôme aussi fréquent que l'ont dit la plupart des auteurs. Dans les seize observations dont j'ai déjà parlé, elles ne sont jamais mentionnées, et, dans plusieurs cas même, il est dit positivement qu'elles manquaient. C'est donc seulement dans quelques cas remarquables, et dont on trouve des exemples dans divers auteurs, que ce phénomène a lieu. Ces démangeaisons sont générales, et la peau ne présente ni rougeur ni éruption qui puisse expliquer leur apparition.

On a cité encore, comme appartenant à l'ictère, une *desquammation furfuracée*, et la *chaleur brûlante* de la peau; mais les cas de ce genre sont exceptionnels, surtout dans l'ictère spasmodique.

Du côté du foie, on trouve quelques symptômes qu'il importe de noter. Parmi les observations que j'ai rassemblées, il en est onze dans lesquelles une *douleur* plus ou moins vive a été constatée, et une seule où il est dit que la douleur était nulle. Dans les autres cas, il n'est point fait mention de ce symptôme. La proportion des cas où la douleur s'est produite paraîtra sans doute considérable; car c'est une opinion généralement répandue, que le plus souvent on ne trouve aucun symptôme dans la région hépatique; mais les choses ont été parfaitement constatées dans les observations que j'ai sous les yeux, et si l'on ne peut pas d'un aussi petit nombre de faits conclure que la douleur est un symptôme ordinaire de l'ictère, on doit du moins reconnaître que des recher-

ches plus exactes doivent être faites sur ce point.

Le *siége de la douleur* est presque toujours à l'*hypochondre droit;* mais rarement il reste limité à cette région. La douleur gagne ordinairement l'épigastre, parfois le flanc droit, la région lombaire, et même la région dorsale. Rarement cette douleur est vive; parfois elle se manifeste *spontanément*, et est en même temps *exaspérée par la pression;* c'est ce qui avait lieu dans un des cas que j'ai sous les yeux. Dans les autres, elle est simplement spontanée, ce qui est le cas le plus ordinaire; ou bien encore elle ne se manifeste que sous la pression : c'est ce qu'on observait chez quatre sujets. Je n'ai pas besoin de faire ressortir l'importance de ce symptôme, qui, je le répète, a été beaucoup trop négligé.

La *palpation* et la *percussion* doivent être employées avec soin pour reconnaître l'état du foie et de la vésicule biliaire. Dans ces derniers temps, on a beaucoup insisté sur l'état de cette dernière dans l'ictère spasmodique. Suivant M. Piorry, la vésicule se trouve distendue par la bile, sinon dans la totalité des cas, du moins dans un bon nombre, et il résulte de cette distension une matité particulière ayant son siége au-dessous du rebord des fausses côtes, derrière le muscle droit, et présentant la forme du fond de la vésicule; de telle sorte que cette matité étant limitée en bas par l'intestin qui donne un son clair, on peut facilement trouver la circonférence de la vésicule distendue. Dans deux des cas dont je donne l'analyse, il y a eu au niveau de la vésicule biliaire une matité dépassant légèrement le bord inférieur du foie, mais dans les autres on n'a observé rien de semblable. J'ai souvent recherché avec soin

cette matité dans d'autres cas que je n'ai point mentionnés ici, et presque toujours je l'ai vue manquer complétement; en sorte que M. Piorry a donné comme une règle générale ce qui n'est, en réalité, qu'une exception.

Il est fort rare également que l'on sente, soit par la palpation, soit par la percussion, une augmentation de volume du foie. Dans deux cas seulement, on a constaté que le bord inférieur de l'organe *débordait les fausses côtes*, mais d'un travers de doigt seulement. Malheureusement, on a négligé de s'assurer, à la sortie des malades, si le foie était revenu à son volume normal; en sorte qu'on ne peut pas savoir s'il y avait chez eux un volume du foie naturellement plus grand qu'à l'ordinaire, ou s'il existait un gonflement morbide. En somme, on voit que la palpation et la percussion, qui sont si utiles dans les cas où l'ictère est occasionné par une affection organique du foie, ne nous apprennent autre chose, dans l'ictère spasmodique, que l'absence presque complète des symptômes locaux que ces moyens d'exploration sont destinés à faire découvrir.

L'*état de l'urine* se rattache si directement aux symptômes qui viennent d'être indiqués, que je dois le mentionner ici. Ce liquide est généralement peu abondant, variant du jaune foncé au rouge brun, et ordinairement présentant cette dernière teinte. Il paraît épais, et cependant, dans les cas d'ictère spasmodique, il conserve sa transparence, et ne donne pas lieu à des dépôts plus abondans que dans l'état de santé. Parfois on voit que sa surface est brillante et irisée comme si elle était recouverte d'une légère couche de matière grasse. Mais cet aspect huileux

des urines est loin d'être constant; il a vainement été recherché dans la plupart des cas dont je présente l'analyse. Cet état des urines est dû à la présence des parties constituantes de la bile, et surtout à la matière colorante. Celle-ci y est quelquefois tellement abondante, que le linge des malades en est fortement taché en jaune.

Du côté des *voies digestives*, on trouve des symptômes importans. L'*appétit* est généralement perdu, et nous avons vu plus haut qu'il l'était ordinairement avant même l'apparition de l'ictère. Au bout de quelques jours, il peut se rétablir, alors même que la coloration n'a rien perdu de son intensité; mais cela n'a pas lieu, du moins dans la grande majorité des cas, lorsque la jaunisse fait encore des progrès.

On a indiqué comme un symptôme appartenant à l'ictère une *soif* assez vive; mais les cas dans lesquels on observe ce symptôme sont exceptionnels. Parmi les sujets dont j'ai l'observation sous les yeux, un seul a eu une soif médiocre. On a sans doute été induit en erreur par des cas de véritable hépatite.

La *langue* n'offre, quoi qu'on en ait dit, rien de bien remarquable : naturelle chez six sujets, jaunâtre seulement chez trois autres, elle ne présentait d'amertume que dans deux cas; en somme, on ne trouvait dans l'état de la bouche rien qui ressemblât complétement à la description qu'on en donne ordinairement, et qui est commune à toutes les affections réputées bilieuses.

Les *vomissemens*, sans être, à beaucoup près, un symptôme essentiel de la maladie, n'ont pas cependant aussi peu d'importance que quelques auteurs ont voulu le dire. Sur six sujets parmi les seize dont

j'ai déjà parlé, il y a eu des vomissemens qui cinq fois étaient formés de matières vertes ou jaunes, et très-amères, c'est-à-dire de bile. Ce symptôme se montre ordinairement dans les cas d'ictère intense. Nous avons vu, à l'occasion du début, qu'il fallait l'attribuer plutôt à la perversion de la sécrétion biliaire qu'à un état pathologique de l'estomac. Des *nausées* accompagnent toujours ces vomissemens, et par moment existent seules.

L'*état des selles* doit toujours être examiné concurremment avec l'état des urines. Dans la majorité des cas, on observe une *constipation* plus ou moins opiniâtre, et les matières rendues sont sèches, dures, *décolorées*. Cette dernière circonstance, jointe à la présence de la bile dans les urines, prouve que ce liquide, en même temps qu'il a passé dans le sang, a cessé de couler dans l'intestin. Il est quelques cas où, tout en présentant la décoloration que je viens d'indiquer, les selles restent normales sous tous les autres rapports; ces cas sont rares. On voit aussi chez quelques sujets se montrer, dans le cours de la maladie et pendant un temps plus ou moins long, un *dévoiement* qui, dans aucun des cas que j'examine, n'a été abondant et n'a exigé aucun moyen pour l'arrêter. Ce qu'il y a eu de remarquable, c'est que, chez un sujet, les selles étaient entièrement décolorées, alors même qu'il existait de la diarrhée.

La *céphalalgie* est un symptôme qui est regardé comme très-fréquent dans l'ictère; cependant je ne le trouve mentionné que dans deux des cas que j'ai cités plus haut. Il reste donc encore à faire des recherches exactes sur ce point. Du reste, la cépha-

lalgie est générale et ne présente rien qui soit propre à l'affection dont il s'agit.

Rarement il existe de la *fièvre* dans le cours de l'ictère, et même, lorsque l'on peut constater la présence d'un mouvement fébrile, on le trouve si léger, qu'à peine est-il nécessaire d'en tenir compte. Ainsi, chez les sujets déjà cités, le *pouls* n'est monté à quatre-vingt douze que dans un seul cas où il existait des symptômes de *bronchite*. Dans les autres, il ne s'est pas élevé au-dessus de quatre-vingt-huit, où il n'est resté que très-peu de temps, retombant parfois au-dessous du type normal. Un sujet n'offrit que cinquante-deux pulsations pendant toute la maladie. Le plus souvent le pouls est calme, sa largeur n'est pas augmentée, en un mot il est naturel.

Les *sueurs* ne sont pas un symptôme qui appartienne en propre à l'affection. Cependant, chez quelques malades, on trouve soit une simple moiteur, soit une sueur médiocrement abondante, et quelquefois, lorsque l'ictère est très-insense, on remarque que le liquide de la transpiration *tache en jaune* le linge du malade. Les cas de ce genre sont exceptionnels.

Pendant que tous ces symptômes se produisent, il est rare que les *forces* subissent quelque altération. Au commencement de l'affection, il peut arriver, comme nous l'avons constaté, qu'on observe un certain degré de *courbature*, et alors les forces sont plus ou moins opprimées; mais cet état ne dure pas, et bientôt les malades peuvent agir à peu près aussi bien que dans l'état de santé.

2°. *Ictère symptomatique*. Telle est la description de l'ictère spasmodique. Trouvons-nous, dans les cas

d'*ictère symptomatique*, quelque chose qui en diffère ? On peut dire, d'une manière générale, que ce dernier ictère est de plus longue durée et qu'il se produit moins rapidement; mais encore, sous ce rapport, il y a une très-grande variabilité selon l'espèce d'affection sous l'influence de laquelle se produit l'ictère. C'est ainsi que les caractères qui viennent d'être mentionnés sont surtout propres à la jaunisse qui se montre dans le cours des affections chroniques du foie.

Quant à l'intensité de la coloration morbide, aux démangeaisons, aux troubles intestinaux, à l'état des urines et des selles, on ne trouve point de différence réelle, du moins pour la majorité des cas. Au reste, dans l'ictère symptomatique, ces derniers symptômes sont presque toujours sous l'influence de la lésion hépatique, qu'il faut toujours avoir grand soin de rechercher.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Il est bien évident qu'il ne doit s'agir ici que de l'*ictère simple ou spasmodique*. Il serait, en effet, impossible d'indiquer d'une manière générale la marche, la durée et la terminaison de l'ictère lié aux affections du foie, puisque tout dépend de ces affections elles-mêmes, si variables dans leur acuité et dans leur gravité.

Nous avons vu que, dans un certain nombre de cas, l'ictère a une *marche* extrêmement rapide au début. Il faut un temps très-court, quelques minutes (ce qui est cependant fort rare) ou quelques heures, pour que le corps devienne entièrement jaune chez certains individus. Mais dans la grande

majorité des cas, on voit la maladie marcher bien plus lentement, et envahir, dans l'espace de trois ou quatre jours, les diverses parties du corps dans l'ordre indiqué plus haut; puis l'affection semble rester stationnaire pendant quelques jours encore, et enfin on la voit disparaître en sens inverse de son apparition, c'est-à-dire que les extrémités, puis les membres, puis le tronc, et enfin la face, reprennent progressivement leur couleur naturelle. Les sclérotiques, qui étaient devenues jaunes les premières, conservent encore la couleur morbide lorsqu'elle a disparu partout ailleurs.

La *durée* de l'ictère est assez variable; on peut dire que, dans les cas les plus ordinaires, elle a pour limites dix-huit et trente jours. Parmi les sujets dont j'ai les observations sous les yeux, deux seulement n'ont été guéris qu'au bout de quarante-cinq jours. Aucun n'a été malade moins de dix-huit jours.

La *terminaison* de l'*ictère simple ou spasmodique* est toujours heureuse; on n'a pas cité un seul cas où cette maladie ait entraîné à sa suite des accidens graves; et si quelquefois on a pu croire qu'il en était ainsi, c'est qu'on a pris pour un ictère simple un ictère lié à une affection commençante du foie, affection qui s'est momentanément améliorée pour se reproduire plus tard, ou bien qu'on a eu affaire à de simples coïncidences.

§ V. — Lésions anatomiques.

D'après ce que je viens de dire de la terminaison constamment heureuse de la maladie, on comprend que ce qu'on a avancé sur l'état anatomique du foie, dans l'*ictère simple*, n'est pas fondé sur l'obversa-

tion. Je ne connais pas d'autopsie faite dans des circonstances favorables pour étudier cette question, c'est-à-dire chez un sujet qui, étant affecté d'ictère simple, aurait succombé à une affection intercurrente ou par suite d'un accident. On peut donc supposer, d'après l'état de dilatation dans lequel on voit quelquefois la vésicule biliaire, que l'organe hépatique se trouve lui-même imbibé de bile; mais il y a loin de cette supposition à une démonstration directe.

Quant à l'état des divers tissus par suite de la suffusion biliaire, il suffit de dire que tous, jusqu'à la substance spongieuse des os, jusqu'au tissu du cœur et même à la substance cérébrale, ont été, dans quelques circonstances, trouvés d'une couleur jaune plus ou moins foncée. Mais c'est le tissu adipeux qui, d'après les recherches de Valsalva et du docteur Vedemeyer (*Journ. des Progr.*), est le plus fortement coloré. Quant au tissu cellulaire et aux membranes séreuses, souvent la coloration y est moins marquée, ce qui n'empêche pas les liquides contenus dans ce tissu et dans les cavités séreuses d'avoir une coloration très-foncée. Mais il serait inutile d'insister davantage sur ces détails, car la matière colorante de la bile se trouvant dans le sang, on conçoit facilement qu'il n'est pas de tissu où ce liquide ne puisse aller porter la coloration jaune.

Les altérations anatomiques propres à l'*ictère symptomatique* ont été indiquées dans chacun des articles consacrés aux diverses affections qui lui donnent lieu.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Il est extrêmement facile, dans la très-grande majorité des cas, de s'assurer qu'il existe un ictère; mais d'abord lorsque la coloration en jaune, due à la suffusion de la bile, est encore commençante et très-peu intense, on peut la confondre avec des colorations morbides dues à quelques autres maladies, et en second lieu il importe de donner quelques signes qui fassent reconnaître que l'ictère est réellement simple et n'appartient pas à une affection organique du foie. Sous ces deux points de vue, le diagnostic de l'ictère mérite de nous arrêter un instant.

La *fièvre jaune* présente, comme chacun sait, parmi ses principaux caractères, une coloration réellement ictérique; mais il est des circonstances qui ne permettent pas de confondre cette maladie avec un ictère ordinaire. D'abord la fièvre jaune est une affection épidémique, elle est remarquable par une fièvre intense, et, ainsi que l'a constaté M. Louis, la couleur jaune des yeux est précédée d'une injection rouge, toujours plus ou moins marquée. En outre, on a pour se guider les hémorrhagies, la suppression de l'urine, symptômes si remarquables dans la fièvre jaune. La différence entre les deux affections est d'autant plus tranchée, qu'on ne pourrait les confondre que dans les cas de fièvre jaune très-légère. Or, dans celle-ci, l'ictère manque fréquemment, ainsi que l'a encore noté l'auteur que je viens de citer. Je n'ai pas cru devoir passer sous silence ce diagnostic qui peut nous paraître peu important, parce que la fièvre jaune n'est pas une affection de nos climats,

mais qui, dans les lieux où cette maladie sévit, a au contraire un intérêt très-grand, puisqu'au commencement des épidémies on peut être embarrassé sur les premiers cas qui apparaissent, et que parfois aussi on peut avoir affaire à des cas de *fièvre jaune sporadique.*

Dans la *chlorose* il existe une pâleur à laquelle se mêle souvent une teinte légèrement jaunâtre; mais on ne peut pas confondre cet état avec un *ictère simple ou spasmodique*, par la seule raison que la chlorose est une affection chronique, et que pendant son cours la coloration dont nous venons de parler reste stationnaire, ou du moins ne dépasse pas des limites très-bornées. On pourrait tout au plus confondre la teinte jaunâtre de la chlorose avec certains *ictères symptomatiques* légers, et produits par une lésion chronique du foie. En pareil cas, l'état stationnaire de la teinte chlorotique, la décoloration des muqueuses de l'œil, l'absence de couleur jaune sur la sclérotique, joints aux symptômes propres à la chlorose (*Voy.* t. III, article *Chlorose*), font facilement éviter l'erreur. Les mêmes réflexions s'appliquent à la couleur jaune paille du *cancer* et jaune terreuse des *fièvres intermittentes*, et l'on a également pour se guider les symptômes propres à ces affections, qui sont ordinairement très tranchés.

Quant à la teinte jaune terreuse due à *l'intoxication saturnine* et désignée sous le nom *d'ictère saturnin*, elle diffère de celle de l'ictère proprement dit en ce qu'elle est toujours moins intense, en ce qu'elle s'est produite lentement, qu'elle n'occupe pas les sclérotiques, qu'elle s'accompagne du liseré ardoisé des gencives autour du collet des dents, et enfin qu'il

n'y a ni aspect bilieux des urines, ni décoloration des selles, phénomènes qui ne se rencontrent pas davantage dans les affections précédemment énumérées. Ce qui prouve qu'il n'y a aucun rapport entre cette coloration due à l'empoisonnement par le plomb et celle qui est causée par la suffusion de la bile, c'est que dans les cas où la colique de plomb se complique d'un véritable ictère, les choses deviennent tout à fait différentes, et les symptômes se passent exactement comme nous l'avons indiqué dans la description précédente ; or les faits de ce genre ne sont pas rares. M. Tanquerel des Planches (*Traité des Maladies de plomb*, t. I[er], p. 227) a vu en effet cinquante et une fois l'ictère se produire dans le cours de la colique de plomb, et j'ai cité plus haut un fait du même genre.

Je ne parlerai pas de diverses autres colorations, telles que la *cyanose*, la couleur particulière produite par le *nitrate d'argent pris à l'intérieur*, etc., parce qu'elles diffèrent trop de celles qui constituent l'ictère.

Maintenant, quels sont les signes propres à faire reconnaître si l'ictère est réellement simple ou *s'il est dû à une lésion, soit du foie, soit de la vésicule ou des canaux biliaires?* Je ne dois pas entrer dans de grands détails sur cette question, d'ailleurs fort importante, parce que, dans chacun des articles précédens, j'ai exposé les caractères propres aux diverses affections hépatiques qui produisent l'ictère, et que ces caractères sont suffisans pour le diagnostic. Je dirai seulement ici que si l'ictère se produit très-rapidement à la suite d'une émotion morale; s'il n'y a point de douleur vive dans la région du foie; s'il

n'existe point de fièvre, ou s'il n'en existe qu'une très-légère; si la palpation et la percussion ne font rien reconnaître ou n'indiquent qu'un léger gonflement de la vésicule, on doit regarder l'ictère comme simple ou spasmodique.

Je ne crois pas devoir donner de tableau synoptique de ce diagnostic, parce qu'il est extrêmement simple et fondé sur des différences très-tranchées et faciles à se rappeler.

Pronostic. Le pronostic de *l'ictère spasmodique* n'est point grave. Nous avons vu, en effet, plus haut que la terminaison était toujours heureuse. Quant à *l'ictère symptomatique*, c'est en ayant égard à la gravité de chacune des affections qui lui donnent lieu qu'on peut en porter le pronostic; or cette gravité nous l'avons appréciée suffisamment.

§ VII. — Traitement.

Dans les divers articles précédens, j'ai indiqué le traitement à opposer aux diverses affections de la glande hépatique qui donnent lieu à *l'ictère symptomatique*. Ici je dois m'occuper uniquement de *l'ictère simple ou spasmodique*. Cette affection est une de celles contre lesquelles on a dirigé le plus grand nombre de remèdes; et comme on a complétement négligé de rechercher, d'une manière méthodique, quels étaient les effets réels des divers médicamens mis en usage, il en résulte que rien n'est plus confus que ce traitement. Ce qui a contribué à le rendre plus confus encore, c'est la facilité avec laquelle l'ictère simple se dissipe dans la plupart des cas; car, ne tenant pas compte de la marche naturelle de la ma-

ladie, on a attribué aux effets des médicamens ce qui ne devait le plus souvent être rapporté qu'à cette marche naturelle. Ces considérations m'engagent à ne pas insister longuement sur des médications extrêmement différentes, appliquées ordinairement à des cas tout à fait dissemblables, et dont les résultats ont été plutôt supposés que constatés.

Émissions sanguines. Plusieurs auteurs, et en particulier dans ces derniers temps M. Rostan (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiq.*; 1835), ont recommandé la *saignée générale.* C'est d'après les idées qu'il s'est faites sur la maladie que M. Rostan emploie ce moyen qu'il associe aux autres antiphlogistiques; mais nous avons vu plus haut que la nature inflammatoire de l'ictère spasmodique n'était rien moins que prouvée, et comme nous n'avons aucune analyse de faits qui déposent en faveur de la saignée, on ne peut la recommander avec conviction. Il en est de même des *sangsues*, dont M. Villeneuve (*Dict. des Sciences médicales*) vante les bons effets, et des *ventouses scarifiées* appliquées sur la région du foie.

Sels alcalins et neutres. Les *sels alcalins*, comme le *carbonate de potasse* à la dose de quatre à seize grammes dans un kilogramme de liquide, ont été préconisés par M. Lombard (*Gaz. médic.*; 1836), et donnés par ce médecin dans le but de faire rejeter par les urines les élémens de la bile qui se trouvent en surabondance dans le sang. Le docteur Mace (*the Medic. Reposit.*; New-York, 1812) indique la formule suivante :

℞ Carbonate de potasse..............		30 grammes.
Savon de Venise..................	ââ	15 grammes.
Gomme arabique...................		
Alcool...........................		Q. S.

A prendre deux tiers de verre mêlés avec un tiers d'eau, deux ou trois fois par jour.

Des sels neutres, comme *l'hydrochlorate d'ammoniaque*, ont été également prescrits. Baglivi (*Praxeos med.* lib. I, *de Ictero flavo*) recommande surtout la solution de ce sel. *L'acétate d'ammoniaque* a été particulièrement recommandé par Sachs, qui l'associait à de petites doses de rhubarbe. D'autres auteurs ont employé le *sulfate de potasse*, *de soude*, *les nitrates*, etc.

Alcalis. On a été même jusqu'à mettre en usage l'*ammoniaque* liquide, mais c'est seulement dans un cas particulier. Portal veut que l'on donne quelques gouttes d'ammoniaque lorsque la jaunisse est survenue après la morsure de la vipère, et cela parce que l'alcali volatil a la réputation d'être utile dans l'empoisonnement causé par cette morsure. C'est un point sur lequel j'aurai à revenir lorsque je parlerai de cette dernière affection.

Acides. Les acides ont été également mis en usage. On a eu recours à l'*acide hydrochlorique*, à l'*acide sulfurique* et à l'*acide nitrique;* ce dernier surtout a été principalement prescrit. On le donne sous forme de *limonade*, à la dose de quatre à huit grammes dans un litre ou un litre et demi d'eau fortement édulcorée. Quelques médecins, tels que le docteur Hall, le font prendre à des doses plus élevées, ou plutôt dans un plus grand état de concentration; mais une pareille administration ne me paraît pas prudente. Quelques auteurs se sont contentés de prescrire les *acides végétaux*, tels que le *suc de citron* (Mellin) et le *vinaigre* (Sachs).

Vomitifs. L'*émétique*, qui avait déjà été recommandé par Frédéric Hoffmann, a été donné à une dose fort élevée par le docteur Fontaneilles (*Rev. Méd.*, t. X). Un *gramme vingt centigrammes* de ce médicament furent prescrits en quatre jours; mais dans ce fait il y avait des douleurs très-vives de l'hypochondre droit, en sorte qu'il n'est pas certain que l'on eût affaire à un ictère simple. L'*ipécacuanha* a été fortement recommandé par les docteurs Richter et Baldinger (*voy.* Richter, *Ausf. Arzneim*, t. II); ce dernier donne la formule suivante, dans laquelle entre le tartrate de potasse :

♃ Ipécacuanha	6 grammes.
Écorce d'orange	4 grammes.
Crème de tartre	4 grammes.

Faites bouillir dans :

Eau	Q. S.

Ajoutez à la colature de 120 grammes de cette décoction :

Sirop de camomille	30 grammes.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Purgatifs. Les purgatifs sont d'un usage général; on donne ordinairement des purgatifs doux, comme les *sels neutres*, l'*huile de ricin*, et chez les enfans les *sirops* de *nerprun* et de *chicorée*.

Le *calomel* a été aussi vanté. Michaelis (*Hufel. Journ.*, t. XXXIV) et Hufeland lui-même (*ibid.*, t. XXVIII) en ont vanté l'efficacité. Ce dernier l'associait à de petites doses de *rhubarbe*. Suivant Laubender (*All. med., Ann.*; 1801) et Pitschaft (*Huf. Journ.*; 1833), l'*aloës* a une efficacité particulière. Le premier administrait cette substance à la dose de 0,25 grammes deux ou trois fois par jour d'abord,

puis à une dose moins élevée, et le second recommandait la formule suivante :

℈ Eau de fenouil	180	grammes.
Extrait aqueux d'aloës	0,30	grammes.
Extrait de pissenlit	8	grammes.
Eau concentrée d'amandes amères, de 4 à	6	grammes.

A prendre par cuillerées à bouche.

La *rhubarbe* surtout a joui d'une grande réputation, mais rien ne prouve qu'elle agisse d'une autre manière que les autres purgatifs qui viennent d'être mentionnés. On donne ce médicanent sous les formes les plus diverses. Aux adultes on le prescrit à la dose de *quatre à six grammes en poudre*. Chez les enfans, on peut le donner sous forme de sirop ou de pastilles, etc. Dans le traitement de l'ictère, on l'a associé aux substances les plus variées. Il serait inutile d'indiquer ici les diverses formules.

Les *narcotiques* ont encore été préconisés. Parmi eux il faut distinguer d'abord la *ciguë*, qui, d'après Stoerck, serait un véritable *anti-ictérique*, lorsqu'elle est jointe aux pilules de Belloste, selon la formule suivante :

℈ Extrait de ciguë	4	grammes.
Masse pilulaire de Belloste	0,8	grammes.

Mêlez.

Faites soixante pilules, à prendre d'une à deux par jour.

Le docteur Mac-Gregor unit cette substance au *quinquina*.

Je citerai encore la *belladone*, parce qu'elle a été fortement recommandée par le docteur Greding (*de Bellad. virib.*, etc.) et par Richter (*Spec.*

therap., t. IV). Ce dernier a appliqué ce médicament sous forme *topique;* et comme sa formule contient en même temps plusieurs autres substances destinées à combattre l'ictère, je crois devoir l'indiquer ici :

♃ Extrait de ciguë	....	30 grammes.
de jusquiame	....	15 grammes.
de belladone	....	4 grammes.
Acétate d'ammoniaque liquide	....	Q. S. pour un cataplasme.

Prenez la moitié du mélange, étendez-le sur du cuir, et appliquez-le sur l'hypochondre.

Je pourrais multiplier beaucoup ces indications de remèdes; mais, comme on le voit, nous ne pouvons que signaler la plus ou moins grande confiance que les auteurs ont eue en eux, et nullement leur efficacité. Je me contenterai donc d'ajouter qu'on a encore recommandé les *ferrugineux*, le *quinquina* (Camerarius), la *graine de chanvre* (Sylvius), la *glace*, la *thériaque* (Galien), et enfin le *gayac*, le *safran*, le *jaune d'œuf*, le *suc de carotte*, etc. Ces dernières substances ont été prescrites principalement à cause de leur couleur jaune, et ce seul fait suffit pour montrer combien peu on doit avoir de confiance en elles.

En somme, on voit que nous n'avons sur ce point de thérapeutique que les renseignemens les plus vagues. Pour parvenir à quelque résultat utile, il faudrait nécessairement, après avoir bien étudié la marche de la maladie et sa durée, réunir un nombre suffisant de cas dont le diagnostic serait bien positif, et à l'aide desquels on rechercherait non si les individus ont guéri, puisque dans l'ictère simple la gué-

rison est constante, mais quels ont été les effets immédiats des médicamens, et en combien de temps on a obtenu la guérison. Mais c'est un travail auquel personne n'a pensé.

Tout ce que nous pouvons conclure des détails présentés plus haut, c'est que le traitement doit principalement consister dans l'emploi des *purgatifs* doux, de quelques *narcotiques* à dose peu élevée s'il y a une gêne marquée dans l'hypochondre droit, et dans l'administration de *boissons délayantes*. Les délayans et les moyens qui entretiennent la liberté du ventre suffisent presque toujours, sinon toujours. La guérison est prompte sous leur influence. C'est un fait qu'il est important de constater, afin qu'on ne se croie pas obligé de fatiguer les malades par des remèdes inutiles.

Quant au *régime*, nous avons vu que, dans les premiers jours, l'appétit était fortement diminué ou perdu. Les malades seront alors naturellement tenus à la *diète*. Plus tard, lorsque l'appétit revient, on ne doit pas être trop sévère, et on ne doit pas craindre de permettre des alimens légers; car, ainsi que nous l'avons vu, les voies digestives n'offrent aucune lésion réelle. Le *repos*, l'*absence de toute contention d'esprit* et l'*éloignement de tout ce qui pourrait produire quelque émotion morale*, complétent les *précautions générales* qu'il importe de prendre dans l'ictère.

Il n'est point nécessaire, comme on le voit, de donner des ordonnances pour le traitement si simple que nous adoptons.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émolliens; émissions sanguines; sels neutres et alcalins; ammoniaque; acides; vomitifs; purgatifs; narcotiques; ferrugineux, quinquina, etc.; soins hygiéniques.

CHAPITRE III.

Maladies de la rate.

Les affections de la rate sont beaucoup moins bien connues encore que celles du foie; mais heureusement que, considérées comme affections indépendantes, elles sont rares, et que, dans un très-grand nombre de cas, elles ne donnent lieu à aucun accident grave. Aussi ce n'est guère que sous le rapport de l'anatomie pathologique qu'elles ont été étudiées. Un seul état morbide a donné lieu à des recherches et à des discussions importantes : c'est l'*engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes*; mais ce n'est pas dans ce chapitre que je dois traiter ce point très-intéressant, qui sera étudié avec le plus grand soin à l'article consacré aux *fièvres intermittentes*.

Ayant mis cette question de côté, il nous reste, comme on peut le voir, bien peu de chose à dire sur les affections de la rate. Il n'en est que trois, en effet, qui méritent de nous arrêter un instant : ce sont d'abord la *splénite* et l'*engorgement chronique* de la rate, considérés indépendamment des fièvres intermittentes. Mais nous avons si peu de renseignemens précis sur ces maladies, surtout sous les rapports étiologique, pathologique et thérapeutique, que je ne pourrais, sans tomber dans des détails oiseux, chercher à les envisager sous ces divers points de vue.

La troisième de ces affections est la *rupture* de

la rate, qui produit des accidens promptement mortels. Dans ces derniers temps, M. Vigla (*Recherches sur la rupt. spontan. de la rate*; Arch. gén. de Méd., déc. et janv. 1844-45) a publié sur cette lésion un Mémoire d'un très-haut intérêt; mais, comme l'a très-bien remarqué ce médecin, la rupture de la rate n'est point un accident dû à une affection primitive; elle survient dans le cours de maladies fébriles, dont l'état particulier de l'organe, qui donne lieu à la rupture, est une simple conséquence. Il suffira donc d'indiquer en peu de mots ce qui, d'après les recherches de M. Vigla, appartient en propre à cette rupture, sauf à y revenir dans la péritonite suraiguë, à propos des symptômes du début, et dans les affections diverses qui donnent lieu au travail morbide qui la précède.

ARTICLE Ier.

SPLÉNITE.

Cette maladie, extrêmement rare, est très-peu connue : cependant on ne peut élever de doutes sur son existence, puisque plusieurs ouvertures de corps ont montré des abcès ayant leur siége dans le tissu splénique. Mais, alors même que l'inflammation est parvenue à un degré assez haut pour produire la suppuration, les symptômes sont obscurs, ou du moins les observations rares que nous possédons n'ont pas été prises avec assez de soin pour qu'on ait pu distinguer facilement les phénomènes qui caractérisent cette maladie. Voici en quelques mots ce qui, d'après les faits les plus précis, s'observe dans l'inflammation de la rate.

Causes. On ne sait rien de positif sur les *causes prédisposantes* : on a dit que les hommes étaient plus sujets à cette affection que les femmes, mais les preuves manquent. Ce que nous savons d'une manière certaine, c'est que la splénite est une maladie presque toujours *secondaire.*

Parmi les *causes occasionnelles*, je me bornerai à citer les violences extérieures, le refroidissement et les courses longues et rapides; encore l'existence de ces causes, sauf la première, n'est-elle pas mise hors de doute. Quant aux émotions morales, aux suppressions de flux, à l'extension de l'inflammation des organes voisins à la rate, on en a plutôt supposé que démontré l'existence.

Début. Les principaux symptômes du *début* sont les frissons, la chaleur et des sueurs abondantes (Dalmas, *Dict. de Méd.*, article *Rate*); mais, dans les cas où les choses se passent ainsi, n'y a-t-il pas de véritables accès de fièvre intermittente?

Symptômes. Parmi les *symptômes* de la maladie confirmée, on a indiqué principalement la *perte de l'appétit*, la *soif*, les *nausées*, les *vomissemens*, une *tension*, une *gêne*, une *douleur* plus ou moins vive dans l'hypochondre gauche et dans l'épigastre, douleur qui s'irradie vers l'abdomen et l'épaule gauche.

L'aspect de la région splénique ne présente rien de remarquable tant qu'un abcès superficiel ne s'est pas formé; mais si on pratique la *percussion*, on peut s'assurer qu'il y a un *gonflement* plus ou moins considérable de l'organe. On constate en même temps un certain degré de *sensibilité à la pression;* et si le gonflement est très-considérable, la *palpation* exercée sous le rebord des fausses côtes gauches fait re-

connaître une *résistance* avec sensibilité, due au développement de la rate du côté de l'abdomen.

Abcès. Dans les cas où un abcès considérable se produit, on observe des phénomènes analogues à ceux que nous avons décrits dans les cas d'*abcès du foie*, c'est-à-dire qu'il y du gonflement, de l'empâtement, une rougeur diffuse, et qu'enfin une *fluctuation* plus ou moins manifeste finit par se produire. En général, c'est vers les lombes que se montrent ces signes d'abcès, ce qui rend le diagnostic fort difficile.

Dans les cas d'inflammation intense, la *fièvre* est considérable, et, suivant quelques auteurs, revient par *accès irréguliers ;* mais il faudrait avoir des faits plus nombreux que ceux que nous possédons pour se prononcer sur ce point. Enfin on a noté la *constipation*, l'*abattement*, et, plus tard, la *diarrhée* avec un *affaiblissement* extrême, l'*agitation*, le *délire*, phénomènes qui précèdent la mort de peu de temps, et qui peuvent être considérés comme des symptômes d'agonie.

Dans des cas observés par M. Cruveilhier, les symptômes les plus remarquables furent des *nausées*, des *vomissemens*, de la *suffocation*, de l'*angoisse*, un *pouls médiocrement fort et fréquent*, et quelques signes de rémittence. M. Grisolle (*Traité de Path. int.*, t. Ier, p. 293), qui rappelle ces faits, ajoute qu'il a vu un appareil de symptômes semblables, et, de plus, des *phénomènes cérébraux*, dans un cas de splénite circonscrite ; mais il pense qu'en pareil cas la lésion était probablement une lésion secondaire d'une maladie indéterminée.

Lorsque l'affection se termine par la guérison,

comme dans le cas cité par le docteur Rosch (*Algem. medic. Zeit.*; juillet 1835), on voit d'abord la fièvre cesser, puis les symptômes locaux diminuer, excepté toutefois la tuméfaction, qui ne se dissipe que lentement, et toutes les autres fonctions se rétablir assez rapidement. Cet auteur a noté, dans le cas soumis à son observation, la *couleur brun-clair de la langue*, des *épistaxis*, et une grande *acidité de l'urine*; mais je n'ai pas mentionné ces symptômes, parce qu'ils ont besoin d'être confirmés par d'autres observations.

Marche; durée; terminaison. Nous ne pouvons rien dire de positif sur la *marche*, la *durée*, la *terminaison* de la maladie. Quelques auteurs ont assigné à la splénite une intermittence d'abord irrégulière, et qui tend ensuite à se régulariser; mais c'est un fait encore à étudier. Dans le cas rapporté par M. Rosch, l'affection se termina par résolution : on a cité quelques autres faits du même genre. On a vu aussi des abcès de la rate se vider, comme ceux du foie, *dans l'intestin*, *dans l'estomac*, *dans les poumons* et même *dans le vagin* (Schlichting, cité par M. Dalmas, *loc. cit.*, p. 261). Dans quelques cas, on a vu l'abcès s'ouvrir à l'extérieur, et plus souvent encore on a donné issue au pus à l'aide de l'instrument tranchant. Les diverses évacuations du pus ne nous offrent rien qui n'ait été dit en détail à propos des abcès du foie; dans ces divers cas, la *terminaison* peut être heureuse.

Lésions anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve la rate volumineuse, d'une couleur foncée, molle, friable, présentant parfois des traces d'infiltration purulente, quelquefois des collections de pus disséminées, et enfin des abcès volumineux.

Diagnostic. Le *diagnostic* de la splénite est difficile, si l'on en juge par l'embarras dans lequel se sont trouvés les médecins qui ont eu à traiter des abcès de la rate. Ce diagnostic, du reste, a été très-peu étudié; il n'est pas assez précis pour que nous devions nous exposer, en le donnant en détail, à accréditer des idées erronées. Disons seulement que la douleur dans l'hypochondre gauche, la tuméfaction de la rate, reconnue à l'aide de la palpation et de la percussion, le mouvement fébrile et l'absence de toute affection de l'estomac et des poumons, doit porter à admettre l'existence d'une splénite.

Lorsqu'il se forme un abcès, on peut se demander s'il s'agit d'une suppuration du rein gauche ou du tissu cellulaire qui environne cet organe. Le cas est très-difficile à diagnostiquer; je crois devoir renvoyer son étude à l'article où il sera question des *maladies rénales*.

Pronostic. Le *pronostic* est grave; cependant nous avons vu que la guérison avait lieu dans des circonstances assez nombreuses.

Traitement. Il suffit d'indiquer rapidement les divers moyens mis en usage. Les faits nous manquent pour les apprécier convenablement; c'est à l'observation ultérieure à nous en faire connaître l'efficacité.

Émissions sanguines; émolliens. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il faut mettre en usage un traitement antiphlogistique actif. Ainsi on pratiquera la *saignée générale;* on fera une ou plusieurs applications de *sangsues;* on prescrira les *ventouses scarifiées* sur l'hypochondre gauche, et en même temps on aura recours aux bains, aux cata-

plasmes, aux fomentations, etc. Le malade sera tenu à une *diète sévère*, et on lui fera prendre des boissons adoucissantes et délayantes.

Purgatifs. Quelques médecins recommandent de légers purgatifs; mais il est douteux que ce moyen ait d'autres avantages que de tenir le ventre libre.

Antipériodiques. Il est une question thérapeutique relative à la splénite qui ne laisse pas d'avoir de l'importance. Nous avons vu plus haut qu'on avait assigné comme caractère à cette maladie une rémittence ou une intermittence plus ou moins régulière. On a dû par conséquent être naturellement porté à administrer le *sulfate de quinine;* mais quels succès a-t-on obtenus par ce moyen ? c'est ce qu'il nous est absolument impossible de dire d'une manière rigoureuse. Constatons seulement ici que la plupart de ceux qui se sont occupés de cette affection ont recommandé l'administration du sel de quinine à la dose de 0,50 à 1 gramme et plus, selon les cas, et que plusieurs ont insisté sur l'avantage d'unir l'administration de ce médicament à l'emploi du traitement antiphlogistique.

ARTICLE II.

SPLÉNITE CHRONIQUE; ENGORGEMENT CHRONIQUE DE LA RATE.

Nous devons encore moins nous étendre sur l'inflammation et l'engorgement chroniques, parce que les élémens nous manquent presque entièrement. Il est vrai que l'on a cité un très-grand nombre de faits, et que l'on a beaucoup disserté sur l'*engorgement chronique de la rate à la suite des fièvres intermit-*

tentes; mais, je le répète, ce point de pathologie devra nous occuper plus tard. Ce qu'il nous importe seulement de rechercher ici, c'est ce qui appartient à l'inflammation ou à l'engorgement chronique de la rate, indépendamment de la fièvre, soit que celle-ci n'ait point existé, soit que, après s'être montrée, elle ait disparu et ait laissé comme conséquence un engorgement dont les signes persistent seuls.

Causes. Les causes de l'*inflammation chronique* bien caractérisée ne peuvent guère être cherchées que dans les *violences extérieures.* On a vu à la suite de coups, de chutes sur la région splénique, la rate se tuméfier, devenir douloureuse, et présenter après la mort, survenue plus ou moins longtemps après la violence extérieure, des traces de suppuration. En pareil cas, l'existence de l'inflammation chronique n'est pas douteuse. Quelquefois on a trouvé une *infiltration purulente,* des *collections de pus disséminées* sur des sujets chez lesquels on ne pouvait découvrir aucune cause semblable, et dont on ne pouvait rapporter la maladie à aucun état pathologique antérieur. Ces cas d'inflammation chronique de la rate sont extrêmement rares.

Parmi les causes de l'*engorgement chronique* que nous ne pouvons pas rapporter d'une manière précise à l'inflammation, il faut placer en première ligne les *fièvres intermittentes prolongées;* c'est ce qui ressort de presque toutes les recherches des auteurs, dont on peut voir une nomenclature dans un article publié par M. Nivet (*Arch. gén. de Méd.,* 1838). On a cité encore le *scorbut*, le *rachitisme* et les *scrofules* (Preussi, cité par M. Nivet); mais dans la première de ces maladies, il s'agit d'un en-

gorgement ordinairement aigu, et il n'est pas certain que l'affection se soit déclarée sous l'influence des autres. Presque tout reste encore à faire, comme on le voit, sur ces questions difficiles à résoudre.

Je ne crois pas devoir parler ici de l'*hérédité*, déjà signalée par Hippocrate, des *professions*, de l'*hygiène* en général, des *saisons*, etc., parce que ce sont là des questions secondaires qui ne peuvent être résolues qu'après les précédentes.

Symptômes. On a cité un certain nombre d'exemples (*voy.* ceux que M. Nivet a empruntés à Vesale, Forestus, Mappus, etc.) qui prouvent que l'hypertrophie très-considérable de la rate peut exister sans que la santé en paraisse notablement altérée. Mais cette observation ne peut s'appliquer aux cas où il existe une *inflammation chronique bien caractérisée*. Dans ces cas, en effet, on trouve, outre les signes physiques que j'indiquerai plus loin, une *douleur* plus ou moins vive dans l'hypochondre gauche, augmentée par la pression, par les grands mouvemens, par la marche, et de plus on observe les *symptômes de la fièvre hectique*, qui entraîne plus ou moins rapidement le malade au tombeau, après l'avoir jeté dans le *marasme*. C'est, au reste, ce qui arrive dans tous les cas où un organe est envahi par une suppuration lente.

Chez quelques sujets, le petit *accès fébrile* que l'on remarque le soir dans toutes les suppurations chroniques, est très-marqué; il cède même à l'emploi du sulfate de quinine, et l'on s'est empressé de citer ces cas comme venant à l'appui de l'opinion qui place le siége de la fièvre intermittente dans la rate. Mais on a oublié que pareille chose peut ar-

river dans les diverses affections chroniques dont la conséquence est la consomption, et que dans la phthisie, par exemple, on trouve des accès de fièvre revenant exactement à la même heure, caractérisés par des frissons, de la chaleur et de la sueur, et cédant parfois complétement à l'emploi du sulfate de quinine, sans que la rate présente rien d'anormal.

Nous avons vu plus haut que l'*engorgement chronique* pouvait exister sans altérer notablement la santé ; mais, en pareil cas, il existe des signes locaux qui servent à faire reconnaître la maladie. Ils sont dus presque tous à l'*augmentation de volume* de l'organe.

A l'aide de la *palpation*, il est toujours facile de reconnaître cette augmentation de volume; car, dans les cas d'engorgement chronique, la rate débordant les fausses côtes gauches, se porte souvent jusque vers l'ombilic, et même vers le bassin. On reconnaît qu'il s'agit de l'engorgement de la rate, et non d'une autre tumeur à la forme de l'organe qui se termine en bas en pointe mousse, et qui représente par conséquent un segment d'ovoïde, à la pénétration de la tumeur au-dessous des fausses côtes gauches, et ordinairement à son indolence.

Il est bien rarement nécessaire d'employer la *percussion* pour reconnaître du côté de l'abdomen un état aussi facile à apprécier; mais on peut la pratiquer pour limiter exactement l'étendue de l'organe hypertrophié, et reconnaître son augmentation ou sa diminution dans le cours du traitement. Du côté de la poitrine, l'exploration à l'aide de la percussion est indispensable. La rate, hypertrophiée, refoulant le diaphragme et le poumon, peut se porter assez

haut du côté de cette cavité, et c'est seulement par ce moyen d'exploration qu'on peut reconnaître cette augmentation de volume.

Il est bien rare que l'engorgement chronique excite de la douleur, mais le poids de la tumeur et son volume déterminent un *malaise* et une *tension* de l'hypochondre gauche, augmentant dans les grands mouvemens, dans la marche, etc., et ces sensations peuvent parfois se transformer en une *douleur* réelle. J'ai dit plus haut qu'il était rare que la pression déterminât de la douleur, et bien plus rare encore que cette douleur fût un peu forte.

La rate peut être tellement volumineuse, que le *ventre* en soit complétement *déformé*. Lorsqu'il n'existe point d'ascite, le côté gauche de l'abdomen présente une tumeur apparente et qu'il est difficile de confondre avec le développement d'aucun autre organe. Le côté droit, au contraire, paraît déprimé, à moins qu'il n'y ait une complication, ou que des gaz ne distendent l'intestin.

L'*ascite*, dans les cas d'hypertrophie de la rate, a été signalée dès la plus haute antiquité. Hippocrate en a parlé dans plusieurs endroits de ses ouvrages, et la plupart des auteurs en ont ensuite fait mention. Mais cette hydropisie est-elle due réellement à l'engorgement de la rate, ou bien faut-il en chercher la cause dans un autre état organique? On ne peut douter que dans le plus grand nombre des cas, ainsi que l'a fait remarquer M. Nivet (*loc. cit.*), l'hydropisie n'appartienne soit à un état particulier du sang, comme dans les fièvres intermittentes de longue durée, soit à des complications du côté des autres organes abdominaux.

Cependant, et l'auteur que je viens de citer ne nie pas la possibilité du fait, il peut arriver que l'engorgement chronique de la rate donne, par lui-même, lieu à l'ascite. J'en ai vu un exemple il y a quatre ans à l'hôpital de la Pitié. Un enfant de quatorze ans étant tombé de la hauteur de trois étages, eut une contusion violente de l'hypochondre gauche. Les premières douleurs passées, il put reprendre son travail; mais au bout de deux mois, il vit son ventre se tuméfier, et, six mois après sa chute, il entra à l'hôpital, présentant un développement de la rate tel, qu'on sentait l'extrémité de cet organe à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il y avait en même temps un épanchement considérable dans le péritoine. L'exploration la plus attentive ne put faire découvrir aucune altération des autres organes, soit abdominaux, soit thoraciques.

Comment donc expliquer, en pareil cas, la production de l'épanchement péritonéal? On a dit que le développement de la rate pouvait irriter le péritoine, et produire ainsi un épanchement actif; mais on n'a aucune preuve du fait. Il est plus probable que ce symptôme est dû à la compression de la veine-porte. Ce sont, au reste, des questions de pathologie qui exigent de nouvelles recherches.

Dans les cas où l'ascite existe, le ventre est large et saillant, et pour parvenir à reconnaître l'existence de l'hypertrophie de la rate, il faut presser rapidement la paroi antérieure de cette cavité, de manière à porter brusquement les doigts sur la tumeur. Par ce moyen, après avoir déplacé la couche de liquide interposée, et en avoir senti le flot, on arrive sur

un corps dont la résistance se fait immédiatement sentir.

Restent maintenant des symptômes, dont on trouve l'énumération dans tous les auteurs, mais qui sont la conséquence des maladies sous l'influence desquelles s'est développé l'engorgement chronique de la rate, bien plutôt que de cet engorgement lui-même. Ce sont : l'*amaigrissement*, la *pâleur* ou l'*aspect terreux de la face*, la *sécheresse de la peau*, etc. Reconnaissons encore ici que nous sommes très-peu instruits sur les phénomènes généraux qui appartiennent en propre à l'engorgement splénique ; aussi n'insisterai-je pas davantage sur ce point. Je dirai seulement que lorsque la rate est excessivement volumineuse, il peut en résulter un refoulement du poumon et un certain degré d'*oppression*.

Marche; durée; terminaison. La *marche* de la maladie est lente et continue, soit dans l'*inflammation*, soit dans la *simple hypertrophie chronique*. La *durée* est illimitée. Quant à la *terminaison*, j'ai indiqué plus haut des exemples qui prouvent qu'elle n'est point fâcheuse par suite des progrès de la maladie seule, mais bien par suite d'autres affections graves dont la lésion de la rate n'est qu'une conséquence.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques ont été beaucoup exagérées ; cela tient à ce que, sous les noms d'*engorgement chronique*, d'*hypertrophie*, de *splénite*, on a décrit des états pathologiques très-différens. Ainsi, on a fait entrer dans cette description les squirrhes, les cancers, les ossifications, etc. Pour nous, nous nous contenterons de dire que, outre le volume et le poids, qui sont

considérablement augmentés, et qui peuvent l'être au point que l'organe occupant la plus grande partie de l'abdomen, s'est élevé au poids de 9 kilogr. (Duverney, *OEuvr. anatom.*), on trouve *dans l'inflammation*, le ramollissement gris et des collections purulentes plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues, et *dans l'hypertrophie*, l'épaississement des enveloppes de la rate, souvent une densité plus grande du tissu, et parfois aussi l'état normal de ce tissu.

Je n'ai pas besoin d'exposer en détail le *diagnostic.* Nous avons vu qu'il repose presque complétement sur l'existence de signes locaux et physiques faciles à apprécier, et je ne pourrais que reproduire ici ce que j'ai indiqué longuement plus haut. Je crois également avoir suffisamment parlé du *pronostic* à l'occasion de la terminaison.

Traitement. Si nous n'avons égard qu'aux médicamens dirigés contre l'inflammation et l'engorgement chronique de la rate, nous trouvons la thérapeutique très-pauvre; mais, dans la plupart des cas, on a traité en même temps et l'engorgement chronique et la maladie dont il est une conséquence.

1°. *Contre l'inflammation chronique*, on a mis en usage les *émissions sanguines* et principalement les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* sur la région splénique. Des *applications émollientes* et des *boissons délayantes* complètent, en pareil cas, le traitement. Lorsqu'un *abcès* devient accessible à l'exploration, on ne doit pas hésiter à l'ouvrir, et sur ce point on doit agir comme il a été dit dans l'article consacré aux *abcès du foie.*

2°. Contre l'*engorgement chronique* succédant à la

fièvre intermittente, on a employé, et souvent avec succès, le *sulfate de quinine* ou le *quinquina*. Le docteur Caron d'Annecy (*Journ. gén. de Méd.*, 1809) a beaucoup insisté sur l'emploi du *quinquina*, qu'il donnait à la *dose de huit à seize grammes* par jour, et dont il prolongeait souvent l'administration jusqu'à deux et trois mois. Plus tard, M. Bally a préconisé cette médication, en remplaçant le quinquina par le *sulfate de quinine*, qu'il élevait progressivement à une dose considérable. « Chez les adultes, dit-il (*Journ. des Connaiss. méd.*, 1833), on peut débuter par 40 *à* 50 *centigrammes toutes les huit heures*, et s'élever progressivement à 2,40 *grammes ou* 3 *grammes par jour*, si la résistance est considérable. » Il est inutile d'ajouter que chez les enfans les doses seront diminuées suivant l'âge. On ne doit pas négliger de recourir à cette médication, de porter assez haut le sulfate de quinine, et de le continuer longtemps, lorsqu'on a acquis la certitude qu'une fièvre intermittente de plus ou moins longue durée a précédé le développement de la rate.

Les *eaux ferrugineuses* ont été vivement recommandées ; Caron d'Annecy prescrit particulièrement l'*eau de Spa*. C'est surtout lorsqu'il est survenu à la suite des fièvres intermittentes une *anémie* facile à constater, qu'on donne les ferrugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie. (*Voy.* t. III, article *Anémie* et *Chlorose*.)

Viennent ensuite les *préparations alcalines*, et surtout les *eaux minérales alcalines*, mises en usage comme *fondans*. Ce serait retomber dans des répé-

titions inutiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article *Hépatite chronique*, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur. (*Voy. Hépatite chronique*, p. 181.) Je crois devoir en faire autant relativement aux autres *médicamens fondans* dont l'administration ne nous offre rien de particulier dans le traitement de l'affection dont il s'agit ici.

Restent maintenant les *purgatifs*, recommandés par les anciens médecins; les *diurétiques*, les *topiques irritans*, etc. etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je ferai seulement une exception en faveur des *toniques*, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraissent être d'une application utile dans les cas où la constitution est fortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement.

ARTICLE III.

RUPTURE DE LA RATE.

D'après les recherches de M. Vigla (*Arch. gén. de Méd.*, décembre 1843 et janvier 1844), dont je me bornerai à donner ici un résumé, « la rupture de la rate doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état

morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de *fièvre intermittente;* dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la *fièvre typhoïde.* Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs fois les auteurs n'ont pas eu soin d'indiquer la maladie primitive.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par perforation, que je ferai connaître dans un des articles suivans (*Voy. Péritonite*). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux faire que de citer le passage du Mémoire de M. Vigla, relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivans :

« 1°. Une *douleur* constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circonscrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la fosse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui *apparaît brusquement,* augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mou-

vemens convulsifs; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.

« Si le malade est debout au moment de l'accident, il est *obligé de se coucher ou de s'asseoir*, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres inférieurs fléchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La *face* est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse; le malade est en proie à l'*agitation*, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une fin prochaine.

« 2°. Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquens, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivans : *ballonnement du ventre* à divers degrés; *nausées*, *vomissemens* de mucus, de bile; *diarrhée*, *constipation* ou *alternatives* de ces deux états; rougeur et sécheresse de la *langue*, des gencives et des autres parties de la *bouche*.

« 3°. L'état de la *circulation* n'a été noté que dans un petit nombre de cas; dans ceux-ci, le *pouls* s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il offre d'ailleurs des caractères très-différens, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très-abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide; c'est dans ces cas là que la mort survient presque immédiatement; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins fort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, formicant.

« Si on le réexamine plusieurs heures après l'acci-

dent, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse; quelquefois il a été trouvé *bis feriens* et même vibrant; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, halitueuse. Les deux états opposés fournis par les organes de la circulation, peuvent se remplacer plusieurs fois, mais presque constamment dans la dernière période, le pouls redevient très-petit, très-fréquent, la peau froide, et un état de faiblesse extrême précède de quelque temps la mort.

« 4°. La *respiration*, en général, ne reçoit pas d'atteinte directe de la rupture de la rate; mais la douleur, ordinairement si vive, arrêtant les contractions du diaphragme, la dilatation et le resserrement de la poitrine se font principalement par l'écartement des côtes. Dans quelques cas, il y a une petite *toux* sèche qu'il faut regarder comme sympathique; mais dans d'autres, on peut l'expliquer par l'existence d'un état morbide des poumons antérieur à l'accident. Dans deux cas, le siége de la douleur, circonscrite à l'hypochondre gauche, les désordres survenus dans le rhythme des mouvemens respiratoires, le trouble de la circulation et la gravité de la maladie, ont fait soupçonner l'invasion d'une pleurésie diaphragmatique.

« 5°. La mort peut survenir sans que le malade ait présenté le moindre dérangement du côté de l'*intelligence*. La mort a lieu dans un délai ordinairement trop court pour que cette fonction ait eu le temps de se troubler. C'est ce qui résulte de trois observations assez détaillées. Un certain degré d'*excitation* et d'agitation est inséparable de douleurs

aussi vives que celles dont nous avons parlé, et l'*abattement*, la prostration qui surviennent plus tard, sont en rapport avec la quantité de sang perdu par le malade, et l'action débilitante exercée sur le système nerveux par la violence et la continuité des douleurs. Nous ne pouvons attacher d'importance à d'*autres désordres cérébraux* plus profonds, tels que le délire, la stupeur, le coma, dont il est question dans trois observations, ces malades étant en même temps sous l'influence, le dernier d'une fièvre typhoïde, les deux autres d'une fièvre intermittente, dans un pays (Rome) où cette affection prend souvent le caractère pernicieux. »

J'ai cru devoir donner cette analyse des faits présentée par M. Vigla, parce que nous y voyons les symptômes qui appartiennent à l'épanchement d'une substance étrangère dans la péritonite, avant que l'inflammation ait eu le temps de produire sur la séreuse des altérations notables. Ces symptômes sont, comme on vient de le voir, les mêmes, à des nuances près, que ceux qu'on observe dans des cas de perforation et de rupture des autres organes. Il faut néanmoins tenir compte de la nature du liquide versé dans la cavité séreuse, car il n'est pas douteux que lorsque ces liquides sont âcres, comme ceux que contient l'estomac, par exemple, l'inflammation peut produire ses effets habituels avec une bien plus grande promptitude.

Durée; terminaison. Dans le plus grand nombre des cas, la mort arrive avant vingt-quatre heures; quelquefois elle est subite. Dans les faits observés par M. Vigla, quatre fois elle a eu lieu plus de vingt-quatre heures après la rupture, et une fois seule-

ment il s'est écoulé un intervalle de six jours entre cette rupture et la terminaison funeste. Cette terminaison a été constante.

Lésions anatomiques. Un volume plus considérable de la rate, des épanchemens de sang dans son intérieur, le ramollissement de cet organe, les caillots plus ou moins organisés qu'il contient, des déchirures de formes diverses à ses différentes faces, mais surtout à sa face externe, et enfin un amas de sang dans le péritoine, composé en partie de caillots plus ou mons volumineux et en partie d'un liquide de consistance variable et noir, amas qui peut être assez considérable pour avoir été évalué dans quelques cas à deux litres, telles sont les lésions anatomiques qui résultent de cet accident.

Diagnostic. Il n'est point difficile, dans le plus grand nombre des cas, de reconnaître qu'il s'agit d'une affection du péritoine due à la rupture d'un organe et à un épanchement dans cette cavité séreuse. C'est, du reste, un point sur lequel j'insisterai plus loin à propos de la péritonite par perforation; mais comment reconnaître qu'il s'agit de la rupture de la rate plutôt que de celle d'un autre organe? M. Vigla, qui s'est occupé de cette question comme de toutes celles qui se rattachent à cet accident, reconnaît qu'on doit être très-réservé sur ce point; que cependant si, par les commémoratifs, on arrive à s'assurer de l'existence antécédente d'une affection de la rate, et surtout d'une des maladies qui donnent ordinairement lieu à son engorgement, comme la fièvre intermittente; si l'on peut constater que la douleur a eu son point de départ à l'hypochondre gauche, et s'il existe des symptômes qui appartiennent à l'hémor-

rhagie interne, on peut admettre l'existence d'une rupture de la rate, que vient ensuite confirmer la marche extrêmement rapide de la maladie.

On voit combien ce diagnostic laisse encore à désirer, et avec quelle raison l'auteur que je viens de citer en a signalé les incertitudes, au moins dans quelques cas.

Il semble inutile de parler du *pronostic*. On a vu en effet qu'il est excessivement grave; cependant, dans deux des observations qu'il a rassemblées, M. Vigla a trouvé dans la marche de l'affection, et dans certaines rémissions des symptômes, des circonstances qui lui ont fait penser que, dans quelques cas du moins, on pouvait espérer d'obtenir la guérison. Pour arriver à ce but, il a proposé un ensemble de moyens dont je lui emprunte ici l'exposé succinct, ne pensant pas que, pour un accident de ce genre, il faille s'étendre longuement sur les diverses médications que le raisonnement seul doit nous engager à mettre en usage. Voici donc, d'après M. Vigla, comment on devrait agir, dans les cas où l'on aurait pu s'assurer qu'il existe une rupture de la rate :

Traitement. « Les indications à remplir sont, dit-il, les suivantes : 1° Arrêter l'hémorrhagie et faciliter la coagulation du sang; prévenir le retour de celui-ci; 2° calmer la douleur.

« Je conseillerais, pour le premier chef, l'*immobilité absolue* dans un lit sans rideaux, peu couvert, formé de matelas de crin; l'application d'une *vessie remplie d'eau à la glace sur l'hypochondre gauche*; une *saignée copieuse*, si la quantité de sang épanché dans l'abdomen était peu considérable; l'usage inté-

rieur, en petite quantité toutefois, de *limonades minérales* et d'*extraits astringens* (*ratanhia*, *cachou*, *poudre de Colombo*) ; le *silence* le plus complet; et l'application, de la part du malade, à retenir ou à *modérer ses cris*, *ses plaintes et tous les actes respiratoires* provoqués par la douleur, qui exercent une influence si prononcée sur la circulation veineuse.

« Si l'hémorrhagie avait été assez abondante pour provoquer des faiblesses, la syncope même, il faudrait être circonspect dans l'emploi des moyens plus ou moins excitans nécessaires pour faire cesser un pareil état, et s'occuper autant de modérer la réaction qui suit ordinairement, que de rappeler les forces.

« Pour la seconde indication, l'*opium à doses élevées* me paraîtrait d'autant plus convenable, que, loin de contrarier l'action des moyens précédens, il la seconderait, et dans le cas de doute entre une rupture de la rate et celle d'une portion du canal digestif, s'appliquerait mieux encore à la seconde qu'à la première. »

Ce traitement me paraît contenir tout ce qu'il serait indispensable de faire dans un de ces cas si graves; j'ajoute seulement qu'on devrait insister sur l'usage de l'opium à hautes doses, recommandé déjà par MM. Graves et Stokes dans la péritonite par perforation, et sur lequel je reviendrai au sujet de cette dernière maladie.

Telles sont les seules affections de la rate sur lesquelles je crois qu'il était nécessaire de dire quel-

ques mots. Quant aux *diverses dégénérescences* et aux autres *états anormaux* qu'on pourrait encore citer, il suffit de dire que, sous le rapport pratique, on n'y trouve rien de réellement important. C'est pourquoi je passe immédiatement aux *affections du pancréas*, qui, elles-mêmes, ne nous arrêteront guère plus.

CHAPITRE IV.

Maladies du pancréas.

Nous possédons un assez grand nombre d'observations de maladies du pancréas, mais presque toutes ces observations sont incomplètes et présentent des différences telles, qu'il est impossible d'en réunir, sur un sujet donné, un nombre suffisant pour arriver à une histoire un peu précise d'une affection quelconque de cet organe. Aussi, malgré le nombre des faits qui ont été publiés, on peut dire que les maladies du pancréas, considérées comme maladies primitives, sont fort rares. Elles n'ont donc qu'un intérêt médiocre pour nous, ce qui expliquera la grande rapidité avec laquelle je vais les passer en revue.

Presque tous les auteurs ont parlé des *vices de conformation*, du *déplacement* de cet organe, de son *atrophie*, de sa *rupture*, etc.; mais comme à cet égard il n'y a rien à dire d'important pour la pratique, même sur la rupture, qui n'a été observée que dans les cas de grandes violences extérieures (*voy.* Travers, *the Lancet,* 1826), je passerai outre, et je ne m'occuperai que de l'*inflammation*, du *cancer* du pancréas et du *flux pancréatique*. J'ajouterai seulement un mot sur les *calculs*.

L'ouvrage le plus important qui ait été publié sur ce sujet est dû à M. Mondière (*Recherch. pour serv. à l'hist. du Panc.;* Arch. gén. de Méd., 2e sér., t. XI et XII). Ce médecin a réuni la plupart des ob-

servations connues, et si le plus souvent il n'a pu arriver qu'à une description assez vague des affections pancréatiques, c'est que, comme je l'ai dit plus haut, les faits étaient tout à fait insuffisans.

ARTICLE Ier.

PANCRÉATITE.

On trouve dans les auteurs déjà anciens, tels que Bartholin, Tulpius, Blasius, Hygmore, etc., la description de lésions du pancréas qui peuvent être rapportées à l'inflammation aiguë ou chronique. M. Bécourt (*Recherch. sur le Panc.*; Thèse de Strasbourg, 1830) en a signalé quelques exemples, et M. Mondière a recueilli les plus importans, qui appartiennent à Schmackpfeffer (*Obser. de quibusd. Panc. morb.*; Hall, 1817); à Harles (*Uber die Krankh. des Pank.*), etc. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces observations, c'est la cause à laquelle on a pu attribuer la maladie dans presque tous les cas où le pancréas paraissait presque exclusivement affecté. Cette cause est l'usage du mercure, j'y reviendrai tout à l'heure; dans la plupart des autres, et en particulier dans celles qu'a publiées le docteur Tonnellé (Arch. gén. de Méd., t. XXII; *Mém. sur les Fièv. puerp.*, p. 487), l'affection était secondaire; et ces faits ont par conséquent beaucoup moins d'importance pour nous; je me bornerai à indiquer ce qui ressort de plus général de ces observations.

1°. *Pancréatite aiguë.* — *Causes.* La pancréatite simple ne s'est guère présentée que sous l'influence de l'*emploi du mercure*, ainsi que je le disais plus

haut; cependant on ne trouve pas l'existence de cette cause dans la troisième observation citée par M. Mondière; dans ce cas, la maladie s'est développée *sans cause apparente.*

Dans les autres observations (consult. à ce sujet Lieutaud, *Histor. anat.*, t. Ier, p. 244 et 245; Mondière, *loc. cit.*), la pancréatite, caractérisée presque toujours par la suppuration de la glande, s'est montrée *dans le cours d'affections fébriles graves*, telles que les *fièvres continues*, la *fièvre puerpérale*, et surtout la *phlébite générale.*

Il serait inutile de rechercher quelles sont les conditions particulières dans lesquelles se produit cette affection, car, avec les renseignemens que nous possédons, on n'arriverait à aucun résultat positif.

Symptômes. Pour montrer quels sont les symptômes qu'on a attribuées à l'inflammation du pancréas, je dois d'abord citer une observation de Schmackpfeffer telle qu'elle a été présentée par M. Bécourt; j'ajouterai ensuite, pour complément, quelques symptômes qui paraissent appartenir en propre à la maladie, et qui ne se sont pas montrés dans ce fait.

OBSERVATION.

« Une fille de vingt-neuf ans, petite, forte, avait contracté la syphilis en même temps qu'elle était devenue enceinte. Après ses couches, on crut devoir la soumettre à un traitement par le *sublimé*. Au bout de quelque temps, les symptômes étaient disparus, mais la malade était prise d'un ptyalisme tel qu'elle rendait jusqu'à quatre livres de salive par jour. Cette sécrétion ayant diminué, il s'établit une diarrhée, et celle-ci augmentait au fur et à mesure que la sa-

livation devenait moins abondante. Le pouls battait 115 fois par minute; la soif et l'ardeur du gosier étaient extrêmes, l'appétit nul; il y eut même quelques envies de vomir. Le ventre était tendu; la malade se plaignait surtout d'anxiété vers la région épigastrique, avec chaleur, douleur fixe, obtuse, profonde, et s'étendant vers l'hypochondre droit. Ces symptômes augmentaient lorsque l'estomac était plein.

« Après un mieux être de cinq jours, l'état général empira; il y eut un vomissement bilieux. Les remèdes appropriés ramenèrent un peu de calme, mais la malade accusait toujours à la région sus-ombilicale une douleur profonde qui l'empêchait de se coucher sur le dos et le côté gauche, et augmentait par une forte inspiration. La diarrhée revint au point qu'il y avait trente selles dans les vingt-quatre heures. Les matières, qui jusqu'alors avaient été jaunes et aqueuses, ressemblaient alors à de la salive. Quelques remèdes toniques et amers calmèrent ces symptômes et diminuèrent beaucoup la diarrhée; en un mot, une amélioration sensible existait, lorsqu'un soir la malade fut prise d'un violent accès de fièvre qui, ayant reparu le lendemain, ramena la diarrhée.

« La nuit suivante, douleur pongitive à la région épigastrique, avec toux et orthopnée (une saignée est pratiquée sans succès). Le matin, gonflement des parotides qui étaient chaudes et douloureuses, bouche brûlante, suppression des selles, pouls petit. Le mercure doux, avec le camphre et l'opium, les sangsues, les sinapismes, les vésicatoires aux parotides, etc. etc., rien ne put arrêter les progrès du mal. Vers le soir, la respiration était devenue stertoreuse, l'anxiété extrême, le pouls intermittent et filiforme, les extrémités froides, la face hippocratique, et, dans la nuit, la malade expira.

« *A l'autopsie*, M. Schmackpfeffer trouva le pancréas rouge, tuméfié, principalement du côté droit; il paraissait aussi plus consistant que dans l'état naturel. Il vit, en l'incisant, s'écouler de sa substance de nombreuses gouttelettes de sang. Son poids était de huit onces. Le canal excréteur était très-dilaté. De plus, les parotides étaient enflammées; il existait quelques adhérences du poumon gauche, et un

peu de sérosité dans la plèvre du même côté; tous les autres organes étaient sains. »

Il résulte de cette observation, que les symptômes qu'il est permis de rapporter avec le plus de probabilité à l'affection qui nous occupe, sont : une *douleur fixe*, *profonde*, ayant son siége *à la région épigastrique*, et *s'étendant à l'hypochondre droit*, une *sensation de chaleur* dans le même point, une *diarrhée* consécutive, composée de *matières ressemblant à de la salive*, et peut-être aussi la *tension du ventre.* Quant aux symptômes du côté des voies respiratoires et aux phénomènes généraux qui se sont montrés dans ce cas, on peut tout aussi bien, et mieux encore, les rapporter aux lésions de la bouche, de la gorge et des poumons.

Une observation du docteur Harles (*loc. cit.*) complète la précédente, en ce qu'elle nous montre une *tuméfaction* ayant son siége dans le point occupé par le pancréas, et en ce qu'elle nous fait voir une *suppression des selles* qu'on peut attribuer à la violence de l'inflammation. L'affection se termina par des *sueurs copieuses.*

Je ne pousserai pas plus loin cette description, qui m'entraînerait dans des considérations plus ou moins hypothétiques. Il suffit d'ajouter que les organes voisins, tels que l'estomac et le foie, ont paru participer, dans quelques cas, à la maladie; d'où sont résultés quelques symptômes particuliers, tels que l'*inappétence*, les *vomissemens*, et une *jaunisse légère.*

Je ne dirai rien de la *marche* et de la *durée* de la maladie, car, avec les faits que nous possédons, on

ne saurait les préciser. Quant à la *terminaison*, ce qu'il importe de remarquer, c'est que, dans les cas où la pancréatite a paru exister seule, elle s'est terminée par résolution ; lorsqu'elle constitue une lésion secondaire, elle se termine par *suppuration*, et alors on observe quelques phénomènes tels que des *douleurs violentes*, des *frissons*, qui paraissent dus à la production de l'*abcès*, mais qu'il est impossible d'indiquer d'une manière précise. Dans quelques cas, la maladie s'est terminée par la *gangrène*.

Quelle est la part que, dans ces cas, il faut attribuer à la lésion du pancréas dans la terminaison funeste? C'est ce que nous ne saurions dire ; toutefois on peut affirmer que, dans la plupart d'entre eux la maladie primitive était assez grave pour expliquer par elle seule ce résultat.

Lésions anatomiques. A l'ouverture du corps, on a trouvé le pancréas rouge, ramolli, notablement augmenté de volume, offrant des foyers purulens quelquefois considérables, et dont, suivant quelques auteurs, le pus serait remarquable par sa fétidité (Bartholin); tandis que d'autres (Portal, *Malad. du Foie*) l'ont trouvé semblable à celui des autres abcès. Quelquefois on a vu l'organe réduit en détritus gangréneux (*voy.* les observ. de Lieutaud); mais il est bien loin d'être prouvé qu'il n'y eût alors qu'une simple inflammation.

En indiquant les symptômes, j'ai fourni les élémens du *diagnostic ;* mais il serait peu prudent de vouloir pousser plus loin ces indications, car ce serait s'exposer à fonder des propositions plus ou moins absolues sur de simples hypothèses.

Traitement. Le traitement de la pancréatite exige

qu'on recherche d'abord la cause qui l'a produite. Si elle est survenue sous l'influence du mercure, et qu'on ait observé concurremment les phénomènes de la salivation mercurielle, on doit avoir recours aux moyens mis en usage contre celle-ci. (*Voy.* t. IV, *Stomatite mercurielle.*) Ainsi les *boissons acidules*, les *gargarismes acidulés*, les *doux minoratifs*. Si l'inflammation paraît violente et si la tuméfaction du pancréas est considérable, les *émissions sanguines* et les *émolliens* appliqués sur la région épigastrique, compléteront le traitement.

Dans les cas où le malade n'aura pas été soumis au traitement mercuriel, on devra particulièrement insister sur ces derniers moyens, auxquels on pourra joindre, comme l'ont fait quelques uns des auteurs précédemment cités, des *doses modérées d'opium.*

2°. *Pancréatite chronique.* La pancréatite chronique est encore moins connue que la pancréatite aiguë : M. Mondière en a cependant cité quelques exemples puisés à différentes sources; mais il est impossible de ne pas reconnaître que les faits sont en trop petit nombre et présentent beaucoup trop d'obscurité pour qu'on puisse tracer d'après eux une histoire exacte de la maladie.

Voici, suivant l'auteur que je viens de citer, les *symptômes* de l'inflammation chronique du pancréas (*loc. cit.*, p. 281) : « Une *salivation continuelle*, des *éructations d'un liquide filant et jaunâtre*, tantôt de la *constipation*, tantôt de la *diarrhée*, et, dans ce dernier cas, des selles composées de *matières semblables au liquide rendu par la bouche*, et, en outre, de l'*anorexie*, de la *soif*, des *crampes d'estomac* et le *pyrosis.* »

On voit combien ces symptômes se rapprochent de ceux que nous avons trouvés dans certaines *gastralgies;* aussi M. Mondière est-il porté à regarder l'inflammation chronique du pancréas et la sécrétion exagérée qui en résulte, comme des causes puissantes de ces espèces de gastralgie. Mais avant d'établir une semblable conclusion, il faudrait des études plus approfondies que celles qui ont pu être faites.

L'incertitude dans laquelle nous devons rester m'autorise à ne pas insister et à indiquer seulement quelques moyens de *traitement* indiqués par M. Mondière, d'après un fait emprunté au docteur Eyting (*Hufel. Journ.*, avril 1822). Dans un cas où les symptômes précédemment indiqués étaient réunis, et s'accompagnaient de *douleurs* assez vives qui s'irradiaient au côté gauche de la poitrine, d'un sentiment d'*oppression à l'épigastre*, de *palpitations*, et de *syncopes* aux moindres mouvemens, ce dernier médecin dirigea le traitement de la manière suivante.

Il donna d'abord une potion ainsi composée :

♃ Acide hydrochlorique..............	30	grammes.
Mucilage de gomme arabique........	60	grammes.
Eau de cinnamomum (*sine vino*).....	150	grammes.
Teinture thébaïque..................	0,60	grammes.
Sucre blanc........................	Q. S. pour édulcorer convenablement.	

Au bout de huit jours, l'état de la malade s'était déjà sensiblement amélioré : l'évacuation du liquide salivaire, les sueurs ainsi que les éructations avaient un peu diminué. Le même remède fut continué en renforçant les doses; on y joignit des *frictions avec le baume du Pérou dissous dans l'alcool*, et en peu

de temps disparurent la constipation, les sueurs, la salivation et la diarrhée. Enfin les *anodins* et les *toniques*, surtout les *martiaux*, continués pendant trois mois, ramenèrent la malade à un bon état de santé.

Il est facile de voir que le traitement a été en tout semblable à celui des gastralgies chroniques, et si l'on remarque que la région occupée par le pancréas n'a point été examinée de manière à faire reconnaître l'état de cet organe, on verra combien il est nécessaire de rester dans le doute sur ce fait.

ARTICLE II.

CANCER DU PANCRÉAS.

On sait que le pancréas peut facilement être affecté de cancer d'une manière secondaire, c'est-à-dire que, dans les cas où l'estomac et le duodénum sont atteints par l'affection cancéreuse, cette glande est facilement envahie; mais il s'agit ici du cancer occupant le pancréas seul, ou du moins développé primitivement dans cet organe. Les observations de ce genre sont bien loin d'être communes; M. Mondière, qui les a recherchées dans un nombre considérable de recueils, n'en cite qu'un très-petit nombre.

Les symptômes de cette maladie, telle que nous l'entendons ici, sont très-variables. *Si l'affection commence par le pancréas*, pour s'étendre ensuite à un organe voisin, et principalement à l'estomac, les symptômes peuvent être nuls jusqu'à ce que ce dernier viscère soit envahi. Quelquefois, cepen-

dant, et c'est ce qui résulte des faits dans lesquels le pancréas a été trouvé seul malade après la mort, on observe des *douleurs* plus ou moins vives, des *éructations de matière filante et d'apparence salivaire*, *des alternatives de constipation et d'une diarrhée composée d'un liquide semblable à celui qui est rejeté par la bouche;* en un mot, les signes que j'ai indiqués à propos de la pancréatite chronique; et en outre, si on explore la partie inférieure de la région épigastrique un peu au-dessus de l'ombilic, on peut sentir une *tumeur* formée par le pancréas, dure, et plus ou moins douloureuse à la pression.

Une circonstance qu'il est nécessaire de se rappeler en pareil cas, comme dans tous ceux où le pancréas présente une augmentation de volume appréciable à l'exploration, c'est que cet organe se trouvant situé au-devant de l'aorte, peut être *fortement soulevé à chaque pulsation artérielle*, ce qui pourrait en imposer pour un *anévrysme de l'aorte ventrale.* Il faut alors rechercher attentivement si, pendant la pulsation, on sent une dilatation plus ou moins marquée de la tumeur, ou si celle-ci est soulevée en masse ; et l'on doit en outre se rappeler les divers symptômes indiqués dans l'article consacré à l'anévrysme de l'aorte descendante. Mais il ne faut pas croire que, même en tenant compte de toutes ces particularités, on arrive aisément, dans tous les cas, à vaincre les difficultés du diagnostic. En effet, la tumeur comprime ordinairement l'aorte, et quelquefois à un très-haut degré, comme dans un cas cité par M. Andral, et on comprend qu'alors, des troubles de la circulation presque entièrement semblables à ceux qu'occasionne l'anévrysme, peuvent

exister, et embarrasser l'observateur. La *percussion*, qui fait reconnaître la matité de la tumeur, ne doit pas être négligée.

D'autres accidens peuvent résulter de l'augmentation de volume du pancréas et de la compression des organes environnans, qui en est la conséquence. C'est ainsi que M. Cruveilhier (*Anat. path.*, t. I[er]) a vu le *canal* excréteur de la glande pancréatique elle-même être *comprimé* à son ouverture duodénale par le développement de cette glande, de manière à éprouver une dilatation énorme au-dessus de l'obstacle. La *compression des grosses veines de l'abdomen* détermine les symptômes qui appartiennent à l'arrêt de la circulation veineuse. C'est ainsi qu'on a vu l'hydropisie ascite être causée par une compression considérable de la veine-porte.

Les *canaux biliaires peuvent subir aussi cette compression*, et alors se manifestent les symptômes de la *rétention de la bile* que j'ai indiqués plus haut. Enfin l'estomac et la partie supérieure de l'intestin ont été trouvés fortement comprimés par la tumeur pancréatique. *Lorsque la compression porte sur le pylore*, il est bien difficile de ne pas croire à l'existence d'un cancer de l'estomac, car la difficulté qu'éprouvent les alimens à traverser cette ouverture occasionne de fréquens vomissemens de matières alimentaires, et de plus les symptômes locaux viennent en imposer au praticien. Il en est à peu près de même de l'état de compression du duodénum, si ce n'est qu'une quantité plus ou moins considérable de bile se mêle à la matière des vomissemens.

Dans les cas assez nombreux rapportés par les auteurs, on a trouvé les *diverses variétés de squirrhe et d'encéphaloïde*, mêlées ou non de *mélanose*, que j'ai déjà décrites à l'occasion d'autres organes, et qu'il serait inutile de présenter ici.

Je ne parlerai pas de la *marche* de la maladie, du *pronostic* et du *traitement*, parce que nous ne connaissons rien de réellement utile sur ces divers points.

ARTICLE III.

CALCULS DU PANCRÉAS.

L'article consacré par M. Mondière aux calculs qui se forment dans le pancréas est un de ceux qui présentent le plus de renseignemens curieux. Mais quelque intéressantes que soient ces recherches sous le point de vue de l'anatomie pathologique, il n'y a que peu de lumières à en tirer pour la pratique, car, ainsi qu'on va le voir, on ne peut guère espérer d'arriver même à un diagnostic fondé sur des probabilités.

Comme pour les calculs biliaires, on a trouvé que les calculs du pancréas *occupaient* tantôt l'*intérieur de la glande* elle-même, et tantôt *le conduit excréteur*. Il est plus que probable aussi que des calculs primitivement formés dans la glande s'engagent ensuite dans le canal, où ils déterminent par leur présence des douleurs vives.

Les seuls symptômes que l'on puisse assigner à cette affection sont, dans quelques cas, une *douleur assez vive* et qu'on pourrait désigner sous le nom de *colique pancréatique*, une *tumeur* du pan-

créas, lorsqu'un certain nombre de calculs s'accumulent dans un sac formé par la glande, et parfois les *troubles des fonctions de l'estomac*, précédemment indiqués.

On a trouvé jusqu'à une vingtaine de ces calculs contenus dans le pancréas; leur volume varie entre celui d'un pois et celui d'une amande : quelquefois on en a trouvé de beaucoup plus gros. Ils sont irréguliers, blancs ou d'un blanc jaunâtre; leur présence peut occasionner l'inflammation de la glande, qui, dans certains cas, offre une induration marquée et un aspect squirrheux.

ARTICLE IV.

FLUX PANCRÉATIQUE.

C'est encore là une maladie très-obscure, et sur laquelle on a plutôt fondé des conjectures qu'on n'a recueilli de véritables observations. On a vu des sujets présenter des *flux de ventre* plus ou moins abondans, des *vomissemens de matières filantes*, des *troubles digestifs*, et après une durée plus ou moins longue de ces accidens, en être délivrés par une *sécrétion salivaire* abondante. D'autres fois, au contraire, on a vu la salivation se supprimer et être *remplacée par un flux intestinal d'apparence salivaire*, et on a conclu de tout cela qu'un véritable flux pancréatique pouvait remplacer le flux salivaire, et réciproquement. Mais on sent combien il y a loin de ces conjectures à une démonstration complète; aussi n'insisterai-je pas sur ces faits, et me contenterai-je de dire que, dans quelques cas où

l'on a supposé l'existence du flux pancréatique, on a mis en usage avec un certain succès les excitans de la sécrétion salivaire, et en particulier l'usage du *tabac* à fumer.

Ici se termine ce que j'avais à dire des affections si peu connues du pancréas. J'aurais pu étendre considérablement cet article, car, grâce aux recherches des auteurs que j'ai cités, on trouve un assez grand nombre de matériaux réunis; mais je n'ai pas dû oublier qu'il ne s'agit nullement, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, d'être complet sur tous les points, et qu'il importe seulement de présenter au médecin tout ce qui peut être réellement utile dans la pratique.

CHAPITRE V.

Maladies du péritoine.

Nous allons trouver dans ce chapitre des affections infiniment plus intéressantes que celles qui sont contenues dans les deux précédens, et quoique la plupart de ces affections n'aient pas été étudiées avec toute la rigueur nécessaire, nous pouvons dire que des recherches très-importantes ont été entreprises et poursuivies avec zèle sur ce grave sujet.

On ne doit pas remonter très-haut pour trouver dans les auteurs une connaissance exacte des affections péritonéales. Il fallait nécessairement que les connaissances anatomiques sur les divers tissus, et en particulier sur les membranes séreuses, vinssent éclairer la pathologie, pour que les principales difficultés inhérentes au sujet pussent être levées. Aussi, quoique des observations d'anatomie pathologique fort intéressantes se trouvent déjà dans les auteurs des siècles passés, c'est depuis Bichat seulement qu'on a pu, avec une précision suffisante, rapporter les diverses lésions observées, aux différens états pathologiques qui ont dû les produire.

Les maladies du péritoine, que je vais décrire dans ce chapitre, sont : 1° la *péritonite aiguë*, 2° la *péritonite chronique*, 3° l'*ascite*, et 4° quelques altérations dont je dirai seulement quelques mots. La péritonite aiguë sera divisée en plusieurs espèces, dans lesquelles je décrirai principalement la *périto-*

nite par perforation. J'introduirai également quelques divisions dans la péritonite chronique, dont l'espèce la plus commune et la plus remarquable est la *péritonite tuberculeuse.* Quant à l'*ascite*, on pourrait dire que, dans un nombre considérable de cas, il n'est pas permis de la regarder comme une affection propre au péritoine; car la cavité séreuse n'est autre chose, en pareil cas, que le réservoir dans lequel s'accumule la sérosité, dont la sécrétion est due à des causes organiques toutes particulières. Mais comme en définitive c'est dans le péritoine que les principaux symptômes ont leur siége, et que le traitement actif est dirigé vers cette cavité séreuse, il n'y a aucun inconvénient à faire de l'hydropisie ascite une maladie péritonéale, d'autant plus qu'il est admis par tout le monde que, dans certains cas, c'est dans le péritoine lui-même, ou dans le tissu cellulaire qui le double, qu'on doit chercher la source de l'affection.

ARTICLE Ier.

PÉRITONITE AIGUË.

L'histoire de la péritonite est celle qui a dû le plus tard être tracée d'une manière convenable. On trouve sans doute dans plusieurs anteurs antérieurs à Bichat, et entre autres dans Walter (*de morb. periton.*, etc.; Berlin, 1785), quelques idées assez exactes sur l'inflammation de cette membrane séreuse; mais c'est dans les trente ou quarante années qui viennent de s'écouler qu'on a étudié avec le plus de soin et le plus de fruit cette affection

si grave dans la plupart des cas. L'inflammation du péritoine, qui se produit si fréquemment dans la fièvre puerpérale, a surtout été l'objet des recherches des auteurs; et il faut citer parmi ceux qui se sont spécialement occupés de ce sujet, MM. Gasc (*Dissert. sur la Maladie des Femmes à la suite des couches, connue sous le nom de Fièvre puerpérale*), Tonnellé (*Archiv. gén. de Méd.;* 1830), Dugès (*Mémoire sur la Péritonite puerpérale;* Journ. hebd.; 1828-30), Baudelocque (*Traité de la Périt. puerpér.;* Paris, 1830), etc. etc. Mais d'autres médecins n'ont pas laissé d'étudier le sujet sous d'autres points de vue; c'est ainsi que nous avons, sur la péritonite, les observations de Laennec (*Journ. de Méd. de Corvisart;* an X), l'article de Broussais (*Hist. des Phlegm. chroniq.*, t. III, 3e édit., p. 295 et suiv.), les observations de M. Andral (*Clinique méd.*, t. II, 3e édit., p. 582 et suiv.), et un nombre considérable de Mémoires répandus dans les divers recueils.

Dans cet article je n'accorderai qu'un paragraphe assez court à la *péritonite puerpérale*, attendu qu'il résulte des recherches récentes que cette péritonite ne peut pas être considérée comme constituant uniquement l'affection désignée sous le nom de *fièvre puerpérale*, et qu'il faudrait nécessairement, dans l'article consacré plus tard à cette fièvre, revenir sur l'inflammation du péritoine, comme faisant partie de la maladie générale.

Une première difficulté se présente lorsqu'il s'agit de faire la description de la péritonite aiguë : faut-il consacrer un article à part à chaque espèce principale, ou bien doit-on donner une histoire générale de l'affection? Si les espèces dont il s'agit avaient

des caractères bien tranchés, et surtout si l'existence de quelques unes d'entre elles, comme la *péritonite simple spontanée*, était rigoureusement démontrée, on pourrait admettre cette division. Mais il n'en est point ainsi, et nous allons voir qu'excepté la *péritonite par extension de l'inflammation* d'un organe à la membrane séreuse et la *péritonite par perforation*, les espèces dont il s'agit ne sont pas aussi bien connues, à beaucoup près, qu'on pourrait le croire d'après les assertions des auteurs. On ne saurait non plus diviser la péritonite, comme l'a fait M. Stokes (*Encyclop. of pract. Med.*, t. III, article *Peritonitis*), en espèces correspondant aux divers âges, aux formes anatomiques de la maladie, etc. Les différences ne sont pas assez tranchées, suivant ces diverses circonstances, pour qu'on doive procéder de cette manière, et l'on ne pourrait, en imitant cet exemple, que donner des idées peu exactes de la péritonite et de ses diverses espèces. Dans cet état de choses, je crois devoir présenter d'une manière générale l'histoire de la péritonite aiguë, me réservant de distinguer les espèces quand je traiterai des *causes*, d'en décrire à part les principales à l'occasion des *symptômes*, et d'appliquer à chacune d'elles le *traitement* qui lui convient.

§ Ier. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom de *péritonite aiguë* ou *suraiguë*, suivant le degré de violence des symptômes, à l'inflammation à marche rapide qui a pour siége le péritoine ou le tissu qui le double, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'a produite.

On a donné encore à cette maladie le nom d'*in-*

flammation du bas-ventre, et, dans des cas de *péritonite partielle*, ceux d'*inflammation du mésentère*, *de l'épiploon*, etc., suivant la partie affectée. C'est aussi cette affection qu'on a désignée parfois sous les noms de *peritonei purulentia*, *peritonei ulceratio*, *peritoneum gangrenosum*, de *fièvre mésentérique*, etc. etc. Le nom de *péritonite* est aujourd'hui généralement admis.

La *fréquence* de la péritonite aiguë est très-différente suivant l'espèce : nous allons voir, en effet, tout à l'heure combien est rare la *péritonite simple spontanée*. Les *péritonites par extension de l'inflammation* ou *par suite de l'inflammation* des vaisseaux veineux et lymphatiques, et la *péritonite par perforation*, ne sont pas, au contraire, des maladies rares. Toutefois on ne peut pas comparer leur fréquence à celle de l'inflammation d'autres membranes séreuses, et en particulier de la *plèvre*.

§ II. — Causes.

C'est surtout d'après les causes, ainsi que je l'ai dit plus haut, que les divisions de la péritonite ont été établies : il importe donc d'étudier avec soin ce point d'étiologie.

1°. *Causes prédisposantes.*

Age. On admet généralement que l'âge adulte est plus exposé à la péritonite aiguë que les autres âges. Si l'on veut parler de la péritonite aiguë en général, la proposition n'est pas un instant douteuse. Ainsi que je l'ai dit, en effet, c'est presque toujours par la communication de l'inflammation d'un or-

gane au péritoine, ou par suite d'une perforation, que se produit la maladie. Or, quelles sont les affections dans lesquelles les choses se passent de cette manière ? Ce sont celles qui surviennent à la *suite des couches*, c'est la *perforation intestinale*, conséquence des ulcères de la fièvre typhoïde ou de la phthisie pulmonaire; et ce sont là des causes qui se rencontrent surtout chez les individus âgés de dix-sept à quarante ans. Mais si l'on veut rechercher quelle est l'influence de l'âge sur la péritonite simple, on voit qu'on ne peut pas arriver à un résultat aussi précis. M. Simpson (*de la Péritonite chez le Fœtus*, etc.; Archiv. gén. de Méd., décembre 1838 et septembre 1839) a réuni plusieurs observations de péritonites survenues *pendant la vie intra-utérine;* mais ces faits, très-intéressans, ont été rassemblés avec assez de peine, et, quoiqu'ils soient au nombre de vingt-quatre, on ne peut pas en conclure que la péritonite est fréquente chez le fœtus.

La péritonite *simple spontanée* a été décrite chez les *enfans*. M. Dugès (*Dict. de Méd. et Chir. prat.*, article *Péritonite*) a consacré un passage assez étendu à la description de cette maladie survenue dans l'enfance; Billard (*Traité des Malad des Enf.;* 2e édit., 1833, p. 461) a cité une observation de péritonite aiguë chez le nouveau-né; et enfin MM. Rilliet et Barthez (*Traité des Mal. des Enf.*, t. Ier, p. 555 et suiv.) ont fait la description de la péritonite des enfans, d'après douze observations qu'ils ont recueillies, et dont quatre sont, suivant leur expression, des cas de *péritonite primitive*, tandis que les huit autres étaient des *péritonites secondaires*.

Il faut remarquer, au sujet des faits qui viennent

d'être indiqués, que les cas cités par M. Simpson sont relatifs, en grande partie, à des enfans présentant des vices de conformation, et que, par conséquent, on ne peut pas les faire entrer dans les faits ordinaires; et que celui qui est rapporté par Billard manque d'un si grand nombre de détails, qu'on ne peut pas savoir si la péritonite est, ou non, le résultat d'une violence extérieure. Quant aux cas recueillis par MM. Rilliet et Barthez, il est à regretter que ces auteurs n'aient point fait connaître leurs observations, et surtout qu'ils ne nous aient point donné séparément l'histoire de la péritonite primitive et de la péritonite secondaire; car, de cette manière, on aurait vu bien plus facilement ce qui appartient à l'une et à l'autre. Les mêmes réflexions s'appliquent aux auteurs étrangers qui se sont occupés il y a peu d'années de ce sujet, et en particulier à MM. Heyfelder (*Studien in Gebiet.*, etc.) et Romberg (*Ueber Peritonit.*; 1833).

En définitive, nous voyons que les enfans ne présentent que très-rarement la péritonite simple spontanée, et que même il n'est pas parfaitement démontré que cette maladie se soit développée chez eux uniquement sous l'influence de causes non traumatiques ou de l'extension de l'inflammation, etc. Mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir tout à l'heure quand il s'agira de déterminer les diverses espèces de péritonites. J'ajoute seulement que, d'après les descriptions que nous possédons, la péritonite ne présente point chez les enfans de signes particuliers, et qu'il n'y a, par conséquent, pas lieu d'en faire, comme quelques auteurs l'ont proposé, une espèce à part, sous le nom de *péritonite infantile*. Quant à

la péritonite par perforation, elle se rencontre assez souvent chez eux.

Sexe. Nous avons dit plus haut que la péritonite était une des lésions qui se rencontrent le plus fréquemment dans la fièvre puerpérale, et c'est ce qui fait que les *femmes* sont plus sujettes que les hommes à l'inflammation du péritoine; car pour les autres espèces il n'y a point de différences notables.

Constitution. Nous n'avons rien de précis sur l'influence de la *constitution.* La péritonite suraiguë survenant ordinairement par suite des lésions des divers organes abdominaux, se développe nécessairement chez un assez grand nombre de sujets dont la constitution est détériorée considérablement par des souffrances de plus ou moins longue durée. Mais ce n'est point là la constitution primitive.

Hygiène, etc. Nous ne pouvons non plus rien dire sur l'influence de l'*hygiène*, des *professions*, etc. Quant au *climat*, c'est une question qui ne peut avoir d'importance que relativement à une péritonite qui se produit sous forme *épidémique*, comme la péritonite puerpérale. Mais c'est là une question qui trouvera bien plus naturellement sa place à l'article *Fièvre puerpérale.* Je dois en dire autant de ces influences qu'on a désignées sous le nom de *constitutions épidémiques.*

2°. *Causes occasionnelles.*

1°. *Péritonite simple spontanée.* C'est ici qu'il importe de rechercher *s'il existe bien réellement une péritonite simple aiguë spontanée;* c'est-à-dire une péritonite qui n'aurait pour cause ni une lésion d'un organe abdominal, ni une perforation, ni une violence extérieure. « La péritonite spontanée, c'est-à-

dire celle qui naît sans qu'aucune lésion viscérale l'ait précédée ou produite, est, disent les auteurs du *Compendium*, assez rare; cependant, ajoutent-ils, on a publié un trop grand nombre d'observations authentiques de cette phlegmasie, pour qu'on puisse en mettre en doute l'existence. » Je ne crois pas que cette proposition soit rigoureusement acceptable. Sans doute on trouve dans les auteurs un certain nombre d'observations qui, si l'on n'examine que le titre, sont des exemples de péritonite simple et spontanée. Mais si l'on étudie les faits, on s'assure bientôt qu'ils présentent beaucoup de doutes. Dans les observations de Broussais, par exemple (*loc. cit.*, observ. 40 et suiv.), on voit que l'autopsie laisse à désirer un très-grand nombre de détails très-importans, et sans lesquels il est impossible de se prononcer; et l'on doit d'autant moins le faire, que les symptômes semblent, dans presque tous ces cas, indiquer l'existence d'une perforation. Chez le sujet de l'observation 40e, nous avons, en outre, l'existence d'*escarrhes intéressant toute l'épaisseur de l'intestin;* dans l'observation 42e, nous trouvons les symptômes, et jusqu'à un certain point (parce que les détails sont insuffisans) les lésions appartenant à la *rupture de la rate.* Je pourrais multiplier ces exemples, mais je me contente d'ajouter que Broussais lui-même, dans les derniers temps, reconnaissait que, dans quelques cas du moins, l'investigation cadavérique n'avait pas été faite avec toute la rigueur nécessaire. C'est ainsi qu'à propos d'un sujet dont il rapporte l'histoire en abrégé, il met en note : « Je soupçonne chez ce malade une perforation fort étroite de l'iléon que je n'ai pas aperçue. »

Parmi les observations rapportées par M. Andral (*loc. cit.*), on ne peut regarder comme des péritonites simples, développées spontanément, que les deux premières. Malheureusement l'importance de la question que nous traitons ici n'étant pas reconnue à l'époque où ces deux observations ont été prises, on n'a pas eu recours à tous les moyens nécessaires pour s'assurer qu'il n'existait aucune cause organique propre à expliquer la production de la péritonite aiguë.

Dans ces dernières années, M. le docteur Logerais (*Thèse;* Paris, 1840) a fait de cette question l'objet de sa dissertation inaugurale, et a cité plusieurs observations desquelles il résulte qu'un examen extrêmement attentif est nécessaire pour ne pas tomber dans l'erreur; car, chez des sujets où l'on avait les plus grandes raisons de croire que la péritonite s'était développée spontanément, une dissection minutieuse a fait reconnaître l'existence d'une des lésions que je vais énumérer tout à l'heure.

Enfin, et cette considération n'est pas sans importance, il faut remarquer l'extrême rareté des adhérences péritonéales, hors les cas où des lésions organiques en expliquent l'existence, ce qui prouve que bien souvent on a pris d'autres maladies pour des péritonites simples; car le nombre de ces maladies, qu'on prétend avoir guéries, est assez considérable.

En somme donc, on doit regarder la *péritonite simple*, *primitive*, *spontanée*, comme étant, au moins, excessivement rare, et on ne doit pas négliger de publier dans les plus grands détails les observations propres à en établir, d'une manière incontestable, l'existence. Il paraîtra peut-être sur-

prenant que je m'exprime ainsi, mais c'est là une conséquence forcée de l'examen des observations, et l'on ne peut douter, malgré toutes les raisons, qui pourraient porter de penser le contraire, que le péritoine, séparé seulement des agens extérieurs par une paroi composée de parties molles, et bien moins à l'abri en apparence des diverses variations de température, ne soit, même en admettant comme authentiques tous les faits publiés, bien rarement atteint d'inflammation, tandis que la plèvre, en apparence bien mieux abritée, s'enflamme si fréquemment.

Je considère ce point d'étiologie comme dominant toute la question de la péritonite, et c'est ce qui m'a engagé à insister sur cette discussion. Je pense qu'elle ne paraîtra pas trop longue, si j'ai su faire ressortir toute son importance.

Les causes occasionnelles qui, suivant les auteurs, peuvent faire naître la *péritonite simple*, *spontanée*, sont, en première ligne, l'influence du *froid*, l'*ingestion des boissons froides*, le corps étant en sueur, et quelques autres qu'on a attribuées à presque toutes les inflammations.

2°. *Péritonite traumatique.* Les *violences extérieures* peuvent donner lieu à la péritonite, qu'on doit désigner alors sous le nom de *péritonite traumatique*. Des *coups* violens sur la région abdominale, une *chute*, une forte *pression*, ont suffi chez quelques sujets pour faire naître l'inflammation de la séreuse, en l'absence de toute rupture des organes abdominaux; mais ces fais sont exceptionnels, et dans l'immense majorité des cas, ce n'est que par une *rupture* que se produit la péritonite. Les *plaies pénétrantes* de l'abdomen ont, comme on le sait,

pour une de leurs conséquences les plus fâcheuses, l'inflammation du péritoine : en pareil cas, la péritonite a de grands rapports avec la péritonite par perforation.

3°. *Péritonite par extension de l'inflammation.* J'ai déjà dit plusieurs fois qu'une inflammation pouvait s'étendre d'un des organes abdominaux au péritoine. Quelques auteurs, et Broussais en particulier, ont pensé qu'une des principales causes de la péritonite générale était l'extension de l'inflammation de l'intestin, dans l'entérite primitive, au péritoine qui recouvre cet organe. Mais les faits prouvent que c'est là une opinion erronée, et que, dans les cas qu'on a cités, on a méconnu la perforation qui avait réellement produit la péritonite : aussi n'est-ce pas de l'inflammation de l'intestin que je veux parler ici.

La péritonite par extension de l'inflammation se produit dans le cours des affections inflammatoires des organes contenus dans la cavité abdominale ou voisins de cette cavité. Le plus souvent, la péritonite qui se développe de cette manière est une *péritonite partielle.* C'est ainsi que, dans les *abcès du foie*, dans ceux *de la rate*, dans la *métrite* qui envahit profondément l'utérus, on voit l'inflammation occuper le péritoine qui recouvre ces organes, et le faire adhérer, au bout d'un certain temps, avec la séreuse qui tapisse la paroi de l'abdomen. En pareil cas, les choses se passent comme dans les cas ordinaires de *pleuro-pneumonie*, où l'inflammation de la plèvre correspondant à la partie du poumon hépatisé, n'est que consécutive. Mais, d'autres fois, la péritonite, qui prend naissance dans le point occupé par un organe enflammé, peut devenir géné-

rale, et alors cette affection prend une gravité à peu près aussi grande que la *péritonite par perforation*, dont il sera question tout à l'heure. Nous avons vu des exemples de ce genre dans les cas d'hépatite. Un des plus remarquables a été cité par M. Andral.

Il faut rapprocher de ces faits les cas où, dans une *hernie étranglée*, l'inflammation, développée au point d'étranglement, se propage à tout le péritoine et cause promptement la mort.

Quelquefois une péritonite aiguë prend son point de départ *au niveau d'un organe atteint d'une lésion chronique*, sans que pourtant il y ait perforation. En pareil cas, la lésion organique ayant fait rapidement de grands progrès, il s'est développé autour d'elle un travail inflammatoire qui a ensuite envahi le péritoine. Cette péritonite est presque toujours partielle. C'est ainsi que dans le *cancer du foie*, dans certaines *atrophies* de cet organe, nous avons vu des adhérences se former entre lui et la paroi abdominale par suite de ces inflammations partielles.

4°. *Péritonite puerpérale.* Cette péritonite, qui survient ordinairement dans des circonstances toutes particulières, car les *épidémies* de *fièvre puerpérale* sont très-fréquentes, ne peut pas, je le répète, être, dans l'état actuel de la science, considérée comme une affection à part. C'est dans l'histoire de la fièvre puerpérale qu'il faut chercher quelles sont les conditions de son développement, quelles sont les particularités qu'elle présente. Disons seulement ici que, dans le plus grand nombre des cas où elle se produit, elle a son point de départ dans l'inflammation

de l'utérus, et que les vaisseaux veineux et lymphatiques de cet organe sont alors principalement affectés. Cependant, et c'est là ce qui a fait revenir les esprits de l'exagération qui avait prévalu dans ces dernières années où l'on ne voulait voir dans les fièvres des femmes en couches qu'une simple péritonite, on trouve des cas où le péritoine est enflammé, sans que cette inflammation paraisse avoir sa source dans l'utérus, et de plus il y a divers foyers de suppuration qui indiquent une infection générale. On voit qu'il y a, en pareille circonstance, une cause particulière qui ne peut être étudiée que quand nous arriverons à la *fièvre puerpérale,* dans laquelle se produit la péritonite, aussi bien qu'un grand nombre d'autres lésions.

5°. *Péritonite par perforation ou par rupture.* C'est là la forme la plus grave de l'inflammation du péritoine. Il est un grand nombre de lésions des organes contenus dans l'abdomen qui peuvent produire une perforation suivie d'une péritonite mortelle. Nous trouvons d'abord les *perforations intestinales,* dont la plupart nous sont connues, et dont les autres appartiennent à la fièvre typhoïde. Puis la *perforation*, la *rupture de l'estomac* (*voy.* tom. V), la *perforation*, la *rupture de la vésicule et des canaux biliaires;* celle des *uretères*, de la *vessie*, dont il sera question plus tard; en un mot la *perforation et la rupture des divers organes creux*, sans en excepter l'utérus et les trompes, qui, dans certaines circonstances, présentent ces lésions terribles.

Une perforation ou une rupture peut avoir lieu dans un organe plein, lorsque l'inflammation est venue préalablement y creuser une cavité acciden-

telle. C'est ainsi que des *abcès du foie*, *de la rate*, etc., peuvent rompre leurs parois, se vider dans le péritoine, et produire les accidens mortels qui seront décrits dans le paragraphe suivant. Il en est de même des divers kystes, et en particulier des *kystes hydatiques*.

Des *abcès formés* simplement *dans le tissu cellulaire* qui double le péritoine, peuvent avoir également cette fâcheuse terminaison; c'est ainsi qu'on voit des collections purulentes, qui se sont formées derrière le cœcum, rompre la paroi qui les sépare de la grande cavité péritonéale, y verser leur contenu, et produire la péritonite générale. Il y a dans ces cas cela de remarquable, que souvent la maladie ayant commencé par la rupture ou la perforation d'un organe creux qui produit l'abcès, il survient plus tard une seconde rupture, qui est celle de l'abcès lui-même. La marche de la maladie mérite, en pareil cas, d'être étudiée d'une manière toute particulière.

Dans quelques cas enfin on a vu des lésions d'organes étrangers à la cavité abdominale donner lieu à des collections purulentes qui, détruisant les parois de cette cavité, y versent le liquide qu'elles renferment. C'est ainsi qu'on a vu des *abcès de la base du poumon* se vider dans la cavité abdominale après la perforation du diaphragme.

Je pourrais multiplier presque à l'infini ces citations, mais sans grande utilité, puisque, à l'occasion de chaque affection, j'ai eu soin d'indiquer ce genre de terminaison de la maladie, lorsqu'il est possible. Ajoutons seulement ici que ce qui ressort de plus général de tous ces faits, c'est que toutes les fois qu'une cavité contenant un liquide se vide dans le péri-

toine, la péritonite générale survient, et que sa violence est d'autant plus grande que le liquide est plus irritant. Dans les cas où ce liquide est du *sang*, comme dans la *rupture des anévrysmes*, dans la *rupture de la rate*, la mort causée par l'hémorrhagie est trop prompte pour que la péritonite arrive à son entier développement, et l'on n'observe que les symptômes du début.

Telles sont les causes les mieux connues; passons maintenant à la description des symptômes, qui ont été, en général, étudiés avec grand soin.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, il faut absolument tenir compte de la division précédente; car les choses se passent différemment, suivant que la péritonite s'est produite spontanément ou sous l'influence des causes qui viennent d'être énumérées. Malheureusement, la question n'a pas été suffisamment étudiée sous ce point de vue si important, et, si l'on excepte la péritonite par perforation, sur les symptômes de laquelle M. Louis a particulièrement fixé l'attention (*Recherches sur la Fièvre typhoïde*, 2e édit. t. II, *Perforation de l'Iléon*), on peut dire que les diverses espèces de cette affection si grave n'ont pas été suivies avec toute l'exactitude nécessaire dans leur marche et leur développement. Je vais décrire successivement la *péritonite simple, spontanée;* la *péritonite par extension de l'inflammation;* la *péritonite puerpérale*, dont je ne dirai que quelques mots, pour les raisons indiquées plus haut; et enfin la *péritonite par perforation ou par rupture.*

1°. *Péritonite simple spontanée.* Sans revenir sur

ce que j'ai dit de la difficulté qu'on éprouve à trouver dans la science des cas bien tranchés de cette espèce, je rappellerai cependant que, par suite de cette circonstance, la description qui va suivre doit être regardée comme peu précise. Les observations de M. Andral étant celles qui paraissent le moins douteuses, c'est d'après elles surtout que je crois devoir exposer les symptômes.

Début. Le début est variable. Des douleurs abdominales, semblables à des coliques, avec un malaise général, peuvent exister pendant un ou plusieurs jours, avant d'acquérir le caractère des douleurs de la péritonite; c'est ce qu'on voit dans la seconde observation de l'auteur que je viens de citer. Parfois on a vu des individus éprouver *tout à coup* une douleur violente, excessive, dans un des points de l'abdomen, et cette douleur s'étendre rapidement à tout le ventre, sans qu'après la mort on ait trouvé de lésions hors du péritoine, et sans qu'on ait découvert une perforation. C'est ce que l'on voit dans la première observation de M. Andral. Mais il faut remarquer que ce sont là précisément les caractères de la perforation; que souvent cette perforation est très-difficile à découvrir, et qu'à l'époque où cette observation a été prise, l'attention n'était pas suffisamment fixée sur ce point de pathologie. Aussi ne serais-je pas surpris que l'auteur élevât lui-même aujourd'hui des doutes sur l'exactitude du fait.

On a encore indiqué, comme des symptômes du début de cette péritonite, les frissons ou le mouvement fébrile, les troubles digestifs; mais on a eu principalement en vue, selon toutes les probalités, ce qui se passe dans les cas de péritonite puerpé-

rale, et nous avons indiqué plus haut les motifs qui nous forcent à étudier à part cette dernière espèce.

Symptômes. De quelque manière que la *douleur* se soit produite, elle persiste jusqu'à la fin. Son siége, qui a été d'abord borné à une partie variable du ventre, et qui a tantôt occupé un point, tantôt un autre, comme dans les cas où elle commence sous forme de coliques, finit par s'étendre à tout l'abdomen. Cette douleur est vive, et se fait remarquer principalement (on pourrait dire presque exclusivement) sous l'influence de la *pression* et dans les *divers mouvemens* que fait le malade. Elle est ordinairement portée à un assez haut degré, pour que le moindre *changement de position* soit impossible, ou du moins ne puisse se faire sans des souffrances intolérables.

La *tuméfaction du ventre* est ensuite le symptôme le plus important; elle est due à deux causes différentes : l'une est le *développement de gaz* qui distendent les intestins, l'autre l'*accumulation d'un liquide* et de *fausses membranes* en plus ou moins grande abondance dans le péritoine. Mais la première de ces causes a bien plus d'action que l'autre. Cette tuméfaction se produit avec une rapidité très-variable, suivant les cas; aussi quelquefois a-t-on trouvé, au début, le *ventre plus ou moins rétracté.*

La *percussion* fait reconnaître les causes de la tuméfaction du ventre. On trouve, en effet, dans une très-grande étendue de l'abdomen une sonorité augmentée qui indique le *développement de gaz dans l'intestin*, tandis que vers les parties déclives, et surtout vers les flancs, on constate une matité peu étendue qui indique l'*accumulation d'une petite*

quantité de liquide. Néanmoins ce dernier signe peut manquer, car on voit des cas dans lesquels le liquide est accumulé exclusivement dans les parties profondes du bassin.

Comme la tuméfaction a lieu d'une manière ordinairement prompte, il en résulte que les parois du ventre conservent à peu près toute leur force de résistance, et de là une rénitence de l'abdomen, dont la forme élevée et arrondie diffère notablement de la forme plus ou moins aplatie que prend le ventre dans l'*ascite.*

On a cherché aussi à déterminer l'existence du liquide dans le péritoine, en provoquant la *fluctuation;* mais les fausses membranes qui se forment très-rapidement, la très-petite quantité et la consistance du liquide, s'opposent à ce que l'on obtienne des résultats bien positifs. Les autres signes de la maladie sont d'ailleurs tellement caractéristiques, qu'il est inutile d'insister beaucoup dans la recherche de celui-ci.

Il est, au reste, une réflexion qui s'applique à toutes ces explorations propres à faire reconnaître les signes physiques, c'est qu'elles n'amènent point à des résultats assez importans pour qu'on doive s'y livrer avec toute la rigueur habituelle. L'abdomen est, en effet, comme je l'ai dit plus haut, excessivement douloureux à la moindre pression, et l'on n'est point autorisé, dans le seul but d'arriver à un diagnostic qu'on peut établir d'une autre manière sur des bases solides, à provoquer des douleurs excessives, qui peuvent encore ajouter à la gravité du mal. Aussi la palpation faite avec une très-grande douceur, et la percussion exercée avec les plus grands ména-

gemens, doivent être seules mises en pratique.

Dans ces derniers temps, on a appliqué l'*auscultation* à l'étude des maladies de l'abdomen, et dans certains cas on a trouvé un *bruit de frottement* semblable à celui que nous avons signalé dans la *pleurésie.* Mais ce fait n'a jamais été constaté dans un cas de péritonite simple spontanée. Disons toutefois ici que les conditions nécessaires pour la production de ce bruit de frottement que l'on a comparé quelquefois à un *bruit de cuir neuf*, à un *râclement*, à un *craquement*, etc., sont l'existence de fausses membranes rugueuses glissant l'une sur l'autre dans les mouvemens du ventre. M. Després (*Bul. de la Soc. anat.*; 1834, et *Thèse*; Paris, 1840) a surtout insisté sur ce phénomène, qui a ensuite été reconnu par MM. Beatty (*Dublin Journ.*, n° 16, et *Arch. med.*, t. VI, 2e série; 1834), Corrigan (*Dublin Journ.*, n° 27, extrait dans les *Arch.*, t. XII, 2e série; 1836), le docteur Bright (*Med. chir. transact. of Lond.*, t. IX), MM. Barth et Roger (*Traité d'Auscult.*, 2e édit., p. 513 et suiv.), et bon nombre d'autres observateurs. Ce bruit de frottement ne se montre ordinairement qu'à une époque peu éloignée du début de la maladie, parce que plus tard l'épanchement du liquide ou bien l'organisation des fausses membranes et les adhérences des deux faces du péritoine, s'opposent à sa manifestation.

Ce bruit peut être reconnu *par l'application seule de la main*, et c'est de cette manière qu'il a été distingué par M. Bright, que je viens de citer; il donne alors à la main la sensation d'un *craquement sec* plus ou moins fort.

Les symptômes qui sont ensuite les plus impor-

tans se trouvent dans *les voies digestives.* Du côté de l'*estomac,* on remarque des *vomissemens* qui ont particulièrement fixé l'attention des observateurs. Les vomissemens, ordinairement précédés et accompagnés de *nausées* fréquentes, sont principalement formés de bile; la matière rendue est jaune, verdâtre, souvent d'un vert foncé, porracée et amère. Plus tard, non-seulement ces vomissemens existent, mais encore les malades rejettent tout ce qu'ils prennent, et le vomissement devient presque incessant : symptôme d'autant plus fâcheux, que les contractions nécessaires pour expulser les matières contenues dans l'estomac sont toujours extrêmement douloureuses. Parfois, à une époque avancée de la maladie, ces vomissemens ont lieu par simple *régurgitation.*

Sous ce rapport, les choses se passent un peu différemment chez les enfans, suivant les recherches de MM. Rilliet et Barthez. « Les vomissemens sont, disent-ils, rares chez les enfans : deux fois seulement (*loc. cit.,* p. 251) ils ont marqué le début; ils ont alors été bilieux, abondans; dans un troisième cas, ils sont survenus seulement le onzième et le dix-huitième jour de la maladie. »

Du côté du *tube digestif,* on a signalé principalement la *constipation*, et Broussais, qui s'est attaché à faire ressortir l'importance de ce symptome, l'a attribué à la difficulté qu'éprouvent les fibres intestinales à se contracter. Mais je ferai remarquer, à ce sujet, qu'on n'a pas suffisamment distingué l'espèce de péritonite à laquelle on avait affaire : en sorte que nous ne savons pas si ce symptôme doit s'appliquer à la péritonite simple sponta-

née. MM. Rilliet et Barthez ont, chez les enfans soumis à leur observation, remarqué au contraire, dans le plus grand nombre des cas, un *dévoiement* qui a duré pendant tout le cours de la maladie chez les sujets qui ont succombé, et pendant un assez grand nombre de jours chez les autres.

L'*état de la langue* n'a pas été suffisamment étudié dans les cas de péritonite spontanée; mais, d'après ce que nous savons sur les autres maladies inflammatoires, nous devons penser qu'il n'a de rapports qu'avec la violence plus ou moins grande de l'inflammation et de la fièvre. Dans les cas très-graves, on la trouve sèche, brunâtre, fendillée. L'*appétit* est constamment perdu, et la *soif* ordinairement intense.

Un autre symptôme qui a quelque rapport avec ceux qu'on observe du côté de l'intestin, est la *difficulté d'uriner*. Elle a été signalée par la plupart des auteurs, et l'on a dit que l'urine était épaisse, trouble, ordinairement rouge : c'est un symptôme sur lequel je reviendrai à propos de la péritonite par perforation.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent cette espèce de péritonite n'ont pu être étudiés avec grand soin; bornons-nous donc à indiquer ici rapidement ce qui ressort de plus général des observations et des descriptions des auteurs. On n'a point cité l'existence de *frissons* se prolongeant dans le cours de la maladie; MM. Rilliet et Barthez n'en ont point observé chez les enfans. Dans les cas où l'affection se développe avec lenteur, le *pouls* conserve une certaine largeur, et offre de la résistance et une accélération modérée dans les premiers jours.

A une époque plus avancée, lorsque la maladie doit se terminer par la mort, le pouls devient faible, petit, misérable, et son accélération, bien loin de diminuer, augmente sensiblement. Dans les cas où l'on a vu l'affection se développer avec une très-grande rapidité, le pouls a offert, dès le début, cette petitesse et cette accélération extrêmes; mais on a eu tort, ainsi que l'a fait remarquer M. Andral, d'attribuer à tous les cas sans exception, un symptôme qui peut manquer dans certaines circonstances. Cette proposition est confirmée par les observations de MM. Rilliet et Barthez (*loc. cit.*, p. 562).

Dans les quinze premiers jours, on observe une *chaleur* plus ou moins intense, qui peut être remplacée dans les derniers momens par le *refroidissement des extrémités* et même de tout le corps. La *peau* est ordinairement *sèche*. La *face* exprime une vive souffrance, et, aux approches de la mort, présente ce *facies hippocratique* que nous aurons à signaler dès le début dans les cas de péritonite par perforation.

Enfin, on a noté l'*accélération de la respiration*, qui est purement *costale*, parce que les malades évitent toute contraction de l'abdomen, qui réveille des douleurs excessives; de plus, une *agitation* plus ou moins vive au plus fort de la fièvre, parfois même du *délire*, et, dans les derniers temps, la *prostration*, le *coma*, la *perte de l'intelligence*. Tous ces symptômes, je le répète, ont été étudiés avec peu de soin.

2° *Péritonite par extension de l'inflammation*. C'est principalement dans cette péritonite qu'on a étudié le *bruit de frottement péritonéal*. Cette espèce

nous présente en outre quelques particularités dans son début ; c'est elle qui constitue le plus souvent la péritonite partielle ou circonscrite, et c'est sous ces divers points de vue qu'il importe seulement de la considérer ici.

Début. Le début de la péritonite par extension de l'inflammation est remarquable en ce que la douleur qui annonce l'invasion se produit dans le cours d'une affection dont on a déjà pu suivre les symptômes. Ainsi, dans les cas de *hernie étranglée*, on a vu d'abord les accidens propres à cet étranglement durer pendant un temps assez long, puis des signes d'inflammation se montrer dans le sac herniaire, et enfin des douleurs péritonéales se faire sentir dans les parties voisines pour s'irradier de ce point vers les autres parties de l'abdomen. Les choses se passent de même dans les cas d'*inflammation du foie* ; l'augmentation de volume de cet organe, la sensibilité à la pression, les vomissemens et l'ictère précèdent, pendant un temps variable, les douleurs beaucoup plus vives qui annoncent l'invasion de la péritonite.

Il est cependant des cas, et ces cas sont fréquens, où le début de la péritonite n'est point aussi facile à constater, c'est lorsque l'inflammation du péritoine est *partielle*, lorsqu'elle ne s'étend pas au-delà de l'organe primitivement enflammé. Il peut, en effet, arriver alors que cette partie du péritoine s'enflamme en même temps que l'organe lui-même, et les douleurs produites par la péritonite se confondent avec celles de l'inflammation organique. Une plus grande intensité de la douleur, son siège plus superficiel, ce qui rend la moindre pression très-difficile à supporter, sont alors

les seuls signes auxquels on puisse reconnaître le début de la péritonite partielle. Si cette espèce de péritonite survient dans le cours d'une maladie chronique, ses signes sont plus apparens, car à une douleur sourde, obtuse, succède une douleur violente.

Symptômes. A moins que l'inflammation ne devienne très-rapidement générale, on n'observe point d'abord de phénomène très-remarquable, sauf la *douleur.* Mais si l'on pratique l'auscultation, on entend aux environs du point de départ, le *bruit de cuir neuf*, de *craquement*, de *frottement*, qui a été principalement observé dans les cas de ce genre. A une époque plus avancée surviennent la *tuméfaction du ventre*, la *rénitence intestinale*, et, en un mot, les symptômes précédemment décrits et sur lesquels il serait inutile de revenir ici.

Lorsque la *péritonite* reste *partielle*, ce qui est le cas le plus commun lorsque l'inflammation d'un organe se communique au péritoine, la maladie primitive conserve ses caractères, si ce n'est qu'on observe l'*augmentation de la douleur* précédemment mentionnée et une certaine *exaspération dans les symptômes généraux.*

3° *Péritonite puerpérale.* La péritonite puerpérale est surtout remarquable par son début et par la violence des symptômes qui la caractérisent. Examinons-la sous ces deux points de vue.

Début. Il est rare que l'inflammation du péritoine se manifeste pendant le cours même de l'accouchement; cependant on en trouve quelques exemples dans les auteurs, et dans ces cas seulement on peut admettre que la péritonite est la lésion principale, celle qui donne lieu à tous les symptômes de la fiè-

vre puerpérale. Tous les auteurs, surtout depuis Chaussier, ont indiqué comme un symptôme qui caractérise particulièrement le début de cette espèce de péritonite, un *frisson* violent qui s'accompagne de tremblement des membres, de claquement des dents, et dure pendant une ou plusieurs heures. Mais reste à savoir si ce frisson appartient à la péritonite elle-même ou bien à la fièvre puerpérale, dont la péritonite n'est qu'une des expressions organiques, s'il est permis de parler ainsi. C'est là une question qui sera examinée dans la description de cette dernière maladie.

Peu de temps après que ce frisson s'est manifesté, il survient, vers l'hypogastre, des douleurs violentes qui bientôt gagnent toute l'étendue de l'abdomen, et l'existence de la péritonite est confirmée.

Symptômes. Le *ballonnement du ventre est beaucoup* plus remarquable dans ce cas que dans tous les autres, ce qui tient évidemment à la flaccidité des parois abdominales dont la distension est rendue par-là très-facile. L'*accumulation des gaz* dans les intestins est souvent très-prompte. Des nausées; des *vomissemens bilieux* se manifestent à une époque très-rapprochée du début, et parfois même dès le début. La *soif* est considérablement augmentée, l'*appétit complétement perdu.* La *langue* humide, blanchâtre, souple dans les premiers jours, devient ordinairement brune dans les derniers temps. Du côté de l'*intestin*, on observe le plus souvent de la *diarrhée*, quelquefois cependant de la *constipation*, et parfois des *alternatives* de diarrhée et de constipation. On voit par-là combien quelques auteurs ont eu tort de regarder la constipation comme un symptôme presque caractéristique de la péritonite.

Cette espèce de péritonite est une de celles où la *respiration* paraît le plus gênée, à cause de la distension considérable que prend le ventre pour les raisons indiquées plus haut. Au reste, il en est de ce symptôme comme de tous les autres qui sont en rapport avec l'extrême violence de l'inflammation en pareil cas. C'est ainsi que lorsque la maladie a acquis tout son développement, les symptômes précédens prennent une intensité extrême, les vomissemens deviennent incessans, les *douleurs à la pression* sont intolérables, et les moindres mouvemens impossibles, ce qui force les malades *à se tenir constamment couchées sur le dos.*

Les symptômes généraux sont en rapport avec la grande violence de la maladie; mais ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui ont été précédemment indiqués. La *chaleur* de la peau, la fréquence du *pouls*, l'*agitation*, l'*anxiété*, l'*état vultueux de la face*, et plus tard le *délire*, la *petitesse du pouls*, l'*augmentation* de sa fréquence, qui est telle qu'on le sent battre 140 fois par minute, ou même plus; la perte complète des *forces*, l'abattement, l'aspect terreux de la *face*, l'*amaigrissement* de cette partie et de tout le corps; des *sueurs visqueuses*, et l'*état comateux* dans quelques cas, complètent le tableau de cette maladie.

Toutefois, il est une circonstance qu'il ne faut pas oublier, car elle a une très-grande importance dans la symptomatologie de la péritonite puerpérale, c'est 1° l'*absence complète de la sécrétion lactée*, dans le cas où la péritonite est survenue peu de temps après l'accouchement, ou la *suppression de cette sécrétion* dans les cas où elle s'était déjà établie, de telle sorte

que les mamelles se flétrissent et restent vides et flasques. 2° La *suppression* plus ou moins complète des *lochies*.

Je dois le répéter ici, je n'ai pas eu la prétention de donner une description de la péritonite puerpérale envisagée, ainsi que l'ont fait plusieurs auteurs, comme une affection toute particulière. S'il en avait été ainsi, j'aurais dû m'étendre longuement sur son histoire, mais alors je n'aurais pas pu considérer la *fièvre puerpérale* comme une affection complexe comprenant la péritonite, ce qu'on ne saurait s'empêcher de faire dans l'état actuel de la science.

4°. *Péritonite par perforation ou par rupture.* La péritonite par perforation ou par rupture soit d'un organe creux, soit d'un kyste, soit d'un abcès, en un mot de toute cavité naturelle ou accidentelle d'où un liquide peut s'épancher dans le péritoine, est celle qui a été principalement désignée sous le nom de *péritonite suraiguë.* Elle est remarquable surtout par son début, mais elle présente, en outre, des particularités importantes qui vont être signalées. La première description bien précise de cet accident redoutable est due à M. Louis (*Recherches anat. path.*, etc.; *Mém. sur la Perfor. de l'intestin grèle*, pag. 136 et suiv.; Paris, 1826). Plus tard, un assez grand nombre d'auteurs ont fixé leur attention sur ce point intéressant de pathologie, et nous ont fourni des faits très-utiles à connaître. Je citerai, entre autres, M. Stokes (Cycl. of Pract. medic.; *Peritonitis from perfor.*, etc., t. III, p. 308) et M. Forget (*Mémoire sur les Perfor. du Canal dig.*; Gaz. méd.). En outre, un bon nombre d'observations isolées sont éparses dans les divers recueils,

en sorte qu'il est facile de tracer une histoire exacte de cette espèce.

Début. J'ai réuni dans un seul et même paragraphe la péritonite par perforation et par rupture, parce que, dans l'un et l'autre cas, les symptômes et les conséquences funestes de la maladie sont les mêmes. Dans le cours d'une des affections qui peuvent donner lieu à l'ulcération et à la perforation d'un organe creux, ou à la rupture d'une cavité contenant un liquide (*voy. Affections de l'Estomac, de l'Intestin; Phthisie; Fièvre typhoïde; Maladies du Foie et des Voies biliaires; Maladies de l'Utérus et de l'Ovaire; Abcès de la Fosse iliaque*, etc.), on voit *tout à coup* survenir une *douleur* extrêmement vive, déchirante, qui occupe d'abord un point limité de l'abdomen, et s'étend bientôt rapidement au reste de la cavité péritonéale : tel est le signe qui caractérise essentiellement le début de la péritonie par perforation ou par rupture. On a cité, il est vrai, quelques cas où il n'a pas été aussi tranché, mais ces cas sont exceptionnels, et j'y reviendrai plus loin. Je dis que ce signe caractérise le début de la péritonite par perforation ou par rupture, mais il ne faut pas croire qu'il suffise seul pour faire admettre l'existence de l'inflammation péritonéale. Des douleurs semblables, ou présentant la plus grande analogie avec elles, peuvent, en effet, se produire et se dissiper promptement, sans laisser après elles aucun symptôme grave. Nous en avons vu des exemples dans les cas de colique hépatique. Ce que j'ai voulu établir positivement, c'est que, dans les cas où une péritonite bien confirmée a débuté de cette manière, on doit la regarder comme étant causée

par la perforation ou la rupture d'une cavité naturelle ou accidentelle. Ainsi rien n'est plus important que de s'informer avec le plus grand soin de la manière dont s'est produit cet accident, presque toujours inattendu.

Symptômes. Ordinairement les symptômes de la péritonite par perforation ou par rupture sont des plus violens et des plus marqués; c'est ce qui a lieu dans les cas où le début est tel que je l'ai indiqué. Parfois cependant ce début et les symptômes qui suivent sont beaucoup moins bien caractérisés; ce sont là des cas qu'il faut ranger parmi les *péritonites latentes* dont je parlerai plus loin. Ne nous occupons ici que de ceux où l'affection présente tous ses caractères.

Cette *douleur* si violente et survenue *tout à coup* que nous avons vu marquer le début, conserve son intensité dans les premiers temps. Bientôt le ventre se *tuméfie*, et la *pression* exercée sur ses parois devient intolérable. Cette exaspération de la douleur sous la pression est un signe de la plus haute importance, et M. Louis a fortement insisté sur ce point. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « La subite apparition d'une douleur violente de l'abdomen, accompagnée de l'altération de la physionomie, serait insuffisante pour porter, avec toute la certitude possible, un pareil diagnostic; *il faut que la douleur soit exaspérée par la pression.* Ainsi j'ai vu mourir, en moins de trois jours, à la Charité, une femme atteinte de phthisie pulmonaire encore peu avancée, qui offrait pour toute lésion récente, à l'ouverture de son corps, une foule de taches rouges, lenticulaires, dans toute l'étendue de la membrane

muqueuse du colon, bien qu'elle eût éprouvé, dans toute leur violence, les symptômes indiqués; mais la douleur du ventre n'avait pas été exaspérée par la pression. »

L'*extension de la douleur à tout l'abdomen* n'est pas moins digne d'attention, et le même auteur (*Rech. sur la Fièvre typhoïde*, t. II, p. 327) a insisté en ces termes sur ce point intéressant : « Non-seulement cette exaspération est nécessaire, mais il faut encore, pour la sûreté du diagnostic, que la douleur s'étende, plus ou moins promptement, à tout l'abdomen. Le fait suivant en est la preuve. Il s'agit d'un homme de trente ans que j'observai en 1823 à la Charité, où il était venu se faire traiter d'une maladie de l'estomac. Il offrait, effectivement, tous les symptômes d'une gastrite chronique, mais, après quelques jours de repos, il fut pris subitement d'une violente douleur à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissemens, de l'altération des traits. Cette douleur, qui était exaspérée par la pression, occupait un espace peu considérable; elle fut toujours bornée à la région où elle s'était déclarée, et eut, comme les autres symptômes, plus ou moins de violence pendant quatre jours, après lesquels le malade mourut. A l'ouverture de son corps, on trouva pour principale lésion un épanchement considérable de sang derrière le péritoine, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'artère cœliaque. »

On pourrait appuyer ces remarques de M. Louis par des faits d'une autre nature. C'est ainsi qu'on voit des perforations intestinales se faire dans un point où le canal est seulement doublé de tissu cellulaire, comme à la partie postérieure du cœcum; alors

il n'y a pas de péritonite, mais bien un abcès post-péritonéal, et la douleur reste fixe dans le point où elle s'est produite, à moins qu'il ne survienne une rupture des parois de l'abcès, et que le pus ne tombe dans le péritoine, ce qui rentre dans les cas ordinaires dont je viens de parler.

Cependant on a cité quelques faits exceptionnels où une perforation faisant, selon toutes les probabilités, communiquer la cavité de l'intestin avec celle du péritoine, la douleur est restée circonscrite. M. le docteur de Castelnau (*Arch. gén. de Méd.*; mai 1843) a rapporté un cas de ce genre. On a expliqué cette particularité par la formation rapide d'adhérences entre deux anses intestinales, et par un épanchement uniquement gazeux dans la cavité séreuse. Ces cas, sur lesquels je reviendrai, sont, je le répète, entièrement exceptionnels, et ne font rien perdre de leur valeur aux considérations précédentes.

Les nausées, les *vomissemens* bilieux, si remarquables dans toutes les péritonites intenses, ne se font pas attendre dans celle-ci. Il n'est qu'une seule circonstance qui les fasse manquer, c'est lorsque la péritonite est causée par une large perforation ou par la rupture de l'estomac. Les efforts pour vomir, comme au reste tous les mouvemens, augmentent notablement la douleur du ventre.

Du côté de l'*intestin*, nous trouvons encore signalée comme symptôme important la *constipation*, mentionnée plus haut; et il est certain que les cas dont il s'agit sont les plus favorables à la production de ce phénomène. Cependant, et c'est là encore un fait qui prouve combien la théorie peut induire en erreur, il est un certain nombre de cas

où l'on observe une diarrhée assez considérable. MM. Chomel et Genest (*Leçons clin. sur la Fièvre typh.;* 1834, p. 421) ont insisté sur ce point, et ont cité plusieurs faits empruntés à MM. Louis et Stokes, ainsi qu'à leur propre observation, où il y a eu des selles liquides nombreuses après la perforation intestinale et le développement de la péritonite générale.

Du côté de l'estomac et de la bouche, les symptômes sont ceux qui ont été indiqués plus haut. Il en est de même de l'état de la circulation et de la respiration, sauf que l'accélération, la petitesse du pouls, le caractère purement *costal* des inspirations, se montrent plus rapidement que dans aucun autre cas.

La *suppression des urines* est parfois aussi très-remarquable; M. Forget a signalé ce symptôme d'une manière particulière.

L'*altération des traits* se produit aussi avec une très-grande rapidité. La *face* est grippée, elle exprime une très-vive anxiété, et en peu de temps les traits sont écoulés, comme s'il était survenu un amaigrissement considérable.

Le *décubitus* est également remarquable. Les malades se ramassent, se pelotonnent sous les couvertures. Ils craignent le moindre mouvement, et manifestent une vive répugnance pour toute exploration.

Des *frissons* de plus ou moins longue durée, revenant à de courts intervalles; une vive sensibilité au froid; le refroidissement rapide des extrémités, la *conservation* de l'intelligence au milieu de ces affreuses souffrances, complètent le tableau de la maladie, en y ajoutant néanmoins quelques symptômes déjà indiqués à propos des autres péritonites, mais

qu'il serait inutile de reproduire ici, car ils n'ont rien de caractéristique.

Il est toutefois une particularité que je ne dois pas oublier, c'est que la violence des principaux symptômes peut notablement diminuer, sans que pour cela l'inflammation ait perdu de son intensité. Ainsi l'on voit dans quelques cas, et presque exclusivement dans ceux où la maladie a une durée de plus de vingt-quatre heures, la douleur diminuer notablement, et assez, suivant l'expression de M. Louis, pour que les malades soient bientôt sans crainte sur leur situation. « Mais alors, ajoute cet auteur, d'autres symptômes doivent empêcher le médecin de partager cette sécurité : les traits restent grippés, les nausées et les vomissemens continuent, ou bien la face, sans être profondément altérée, est pâle et violacée; les malades éprouvent un frisson continuel, s'enveloppent le plus exactement possible dans leur couverture, et craignent d'en sortir; ils ont l'attitude d'un homme qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait plus se réchauffer. »

J'ai dû beaucoup insister sur ces particularités, parce que si, dans les cas dont il s'agit, on n'avait pas présentes à l'esprit toutes les nuances, on pourrait tomber dans les erreurs les plus graves. La péritonite par perforation ou rupture est un accident si terrible, que la moindre hésitation, et à plus forte raison l'emploi de moyens contraires, feraient nécessairement perdre le très-petit nombre de chances qu'on peut encore avoir de sauver les malades.

On voit, d'après ce qui précède, que les choses se passent différemment suivant les espèces de péritonite, bien qu'il y ait un très-grand nombre de

symptômes communs; mais ce qu'il ne faut jamais oublier, c'est qu'une douleur subite, inattendue, atroce, promptement étendue à tout l'abdomen, caractérise particulièrement la péritonite suraiguë par perforation, qui, de toutes les *péritonites générales*, est, avec la peritonite puerpérale, la première, sous le rapport de la fréquence, et aussi la plus grave.

L'extrême différence que nous avons notée, sous le rapport de la gravité, entre ces *péritonites générales* et les *péritonites partielles* qui se produisent dans un si grand nombre de circonstances, n'est pas moins frappante. Aussi tous les auteurs l'ont-ils signalée depuis que la péritonite a pu être étudiée convenablement.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très-variable suivant les espèces, du moins quant à sa rapidité, car on peut dire qu'elle est toujours continue. Dans la *péritonite partielle*, on voit, il est vrai, survenir, à des intervalles variables, des exacerbations marquées, lorsque l'inflammation de la séreuse est sous la dépendance d'une affection organique qui présente dans son cours des alternatives d'activité et de rallentissement; mais, en pareil cas, on doit attribuer la douleur caractéristique de l'inflammation péritonéale à la production de plusieurs péritonites circonscrites qui se sont succédé aux intervalles indiqués. On en acquiert parfois la preuve à l'ouverture des corps, car on trouve, à côté d'adhérences déjà anciennes, des fausses membranes jaunes, molles, évidemment récentes. La rapidité de la marche est remarquable dans la *péritonite puerpérale*, mais surtout dans la *péritonite par perforation*, où, dès les

premiers momens, la maladie a acquis toute son intensité.

La *durée* de la *péritonite simple spontanée* ne peut être établie sur aucun fait positif; celle de la *péritonite puerpérale* a été fixée entre le sixième et le neuvième jour dans les cas ordinaires; mais quelquefois on voit succomber les malades en quelques heures. La durée de la *péritonite par perforation ou par rupture* est la plus courte dans presque tous les cas. Dans ceux qui ont été observés par M. Louis, l'espace qui s'est écoulé entre le début de la perforation et la mort, a varié entre vingt et cinquante-quatre heures, sauf chez un sujet qui n'a succombé que sept jours après le développement des premiers symptômes. Nous avons vu des faits semblables dans les cas de *rupture de la rate.* On peut dire, d'une manière générale, que la péritonite par suite de rupture est plus promptement mortelle que la péritonite par perforation, parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de communication étant plus large et le liquide étranger faisant irruption en abondance dans le péritoine, l'inflammation se produit aussitôt avec la plus violente intensité. Dans la rupture de l'estomac, l'impossibilité d'ingérer des boissons sans qu'elles tombent aussitôt dans la cavité enflammée, et le passage dans cette cavité des matières âcres contenues dans le ventricule, rendent la maladie mortelle en très-peu d'heures (*voy.* t. IV, *Perforation*, *Rupture de l'Estomac*).

La terminaison de la *péritonite générale* est presque toujours la mort. Les cas dans lesquels on pourrait espérer le plus une terminaison heureuse sont, sans contredit, les cas de *péritonite simple spontanée;*

mais nous avons vu combien ils sont rares, et combien de doutes s'élèvent sur la réalité de la plupart d'entre eux. Quant à la *péritonite par extension de l'inflammation*, elle a presque toujours une terminaison funeste lorsqu'elle est *générale;* mais ce n'est pas, heureusement, le cas le plus fréquent. Tout le monde connaît la terminaison de la *péritonite puerpérale.* Les cas de guérison sont rares; mais, en pareil cas, la terminaison par la mort dépend aussi bien des autres lésions dépendantes de la *fièvre puerpérale* que de la péritonite elle-même. J'aurai donc occasion d'y revenir.

Il est bien peu de cas où la *péritonite par perforation* n'ait pas occasionné la mort. Cependant MM. Graves et Stokes en ont cité des exemples que je rappellerai à l'occasion du traitement, et M. de Castelnau (*loc. cit.*) a publié un fait très-intéressant de *fièvre typhoïde* grave dans lequel les signes de la perforation s'étant montrés, la guérison a cependant eu lieu; mais n'oublions pas que ce fait est exceptionnel; que les symptômes étant restés circonscrits, nous manquons d'un des principaux élémens d'un diagnostic rigoureux; et si, dans ce cas, par suite d'une heureuse disposition des parties, la péritonite est restée bornée à un point limité, on ne saurait évidemment la comparer aux précédens.

Quant aux *péritonites partielles*, on peut dire qu'elles ne sont pas dangereuses par elles-mêmes, et de là vient qu'on trouve dans les cas d'affections organiques chroniques, ou un temps plus ou moins long après des inflammations aiguës des viscères, des adhérences plus ou moins fortes qui unissent les organes abdominaux aux parois de la cavité.

Ces *adhérences*, qui peuvent gêner le jeu des organes, donnent parfois lieu à des accidens qu'il importe de signaler ici. Le ventre reste sensible dans le point où elles existent, et cette sensibilité se manifeste surtout dans les grands mouvemens du tronc, parce qu'alors il y a un tiraillement de ces adhérences qui se fait sentir et à l'organe et aux parois. Les viscères, comme le foie et l'estomac, peuvent être maintenus dans une position différente de l'état normal, et de là une gêne plus ou moins grande de leurs fonctions. Mais nulle part ces accidens, suite des adhérences, ne se font sentir avec autant de force que dans certains cas d'adhésion anormale des intestins. Nous avons déjà vu des brides résultant de péritonites partielles étrangler complétement le canal intestinal. Quelquefois plusieurs anses adhèrent ensemble, et le mouvement péristaltique étant gêné, les matières s'accumulent; d'autres fois cet *engouement intestinal* est causé par l'adhérence d'une anse à un autre organe, comme à l'utérus, à l'ovaire tuméfié et malade; il en résulte que le milieu de cette anse devient déclive, et que l'engoûment intestinal se produit avec tous ses accidens; M. Cossy a dernièrement communiqué à la Société d'Observation un fait de ce genre. J'ai indiqué les principaux inconvéniens qui peuvent résulter de ces adhérences, les autres seront facilement compris.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la péritonite en général et de chaque espèce en particulier ont été étudiées avec grand soin, et l'on trouve dans les auteurs de ces vingt dernières années surtout, de grands

détails sur ce point. Mais, ainsi que nous l'avons fait jusqu'à présent, nous ne devons signaler que ce qu'il y a de plus important.

1°. *Lésions communes à toutes les péritonites.* D'après les recherches et les expériences de MM. Scoutetten (*Arch. gén. de Méd.;* 1823), Gendrin (*Hist. anat. des Infl.*), Andral (*Cliniq. méd., et Anat. pathol.*), de petites rougeurs en stries ou en plaques sont les premières traces de l'inflammation du péritoine; mais quel est le siége réel de ces rougeurs? D'après les deux derniers auteurs que je viens de citer, il se trouve dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et cette manière de voir est aujourd'hui généralement admise. Bientôt après, le péritoine se couvre d'une exsudation plus ou moins épaisse, qui ne tarde pas à s'organiser en fausses membranes. Celles-ci, quand elles sont toutes récentes, sont d'un blanc jaunâtre, molles, et se détachent facilement de la séreuse sous-jacente qui a perdu son poli, sa transparence, et est devenue cassante. La quantité des fausses membranes qui se forment ainsi peut être extrêmement considérable. Elles remplissent les anfractuosités, collent ensemble les intestins, forment des tractus qui se portent des viscères aux parois abdominales, et ont souvent une épaisseur considérable.

Une certaine quantité de liquide de nature variable se trouve aussi réunie dans les parties les plus déclives, mais nous ne pouvons pas ici, comme dans la *pleurésie*, dire d'une manière très-précise quelle est la nature du liquide épanché dans les cas de péritonite simple spontanée, et cela pour les raisons exposées plus haut. S'il est vrai, en effet, que dans

les cas bien étudiés et bien connus, il y a eu perforation ou rupture d'une cavité qui a versé son contenu dans le péritoine, on ne peut douter que le liquide étranger n'ait notablement modifié par son contact la sécrétion péritonéale, qui peut-être eût été différente s'il n'y avait eu qu'une inflammation ; et en outre, ce liquide, par son mélange avec le produit de cette sécrétion inflammatoire, lui donne nécessairement un aspect et des qualités particulières.

Tantôt on ne trouve, dans la profondeur du petit bassin, vers les flancs, et assez rarement ailleurs, qu'une quantité médiocre de sérosité trouble, blanchâtre, contenant des flocons fibrineux ; tantôt c'est une véritable collection purulente mêlée ou non d'une petite quantité de matières fécales liquides, de bile, etc., suivant l'organe perforé ou rompu. Parfois le liquide purulent est assez abondant, mais ordinairement alors il y a eu ouverture d'un abcès considérable dans le péritoine; c'est ce qu'on voit dans certains cas de phlegmon des fosses iliaques. Enfin le liquide est parfois sanieux et très-fétide, ce que l'on observe principalement dans les cas de gangrène des organes abdominaux.

Quelquefois on trouve dans le liquide contenu dans le péritoine, une certaine quantité de sang, ce qui a paru à quelques auteurs assez important pour faire une espèce particulière de péritonite, qu'ils ont désignée sous le nom de *péritonite hémorrhagique.* Mais j'ai déjà exposé plus haut les raisons qui portent à croire que, dans la plupart de ces cas, il y avait eu une rupture soit d'un organe gorgé de sang, soit d'un vaisseau, rupture que les

fausses membranes avaient dérobée aux recherches des observateurs. Dans la cinquième observation de M. Andral (*Clin. méd.*, t. II, il est dit d'abord qu'un flot de liquide rouge, semblable au sang qu'on tire de la veine, s'écoula à l'ouverture de l'abdomen. Puis, dans ses réflexions, l'auteur se borne à dire que le liquide était formé d'une sérosité fortement colorée en rouge par du sang. Ce n'est pas la première expression qui paraît la plus juste, à moins qu'il n'y ait eu rupture ou perforation d'un vaisseau. On peut admettre que, dans certains cas, une simple exhalation sanguine se mêle au produit de la sécrétion inflammatoire du péritoine, quoique l'on ne puisse pas douter que le fait ne soit très-rare; mais on comprendrait difficilement que le liquide pût ressembler à celui qu'on tire de la veine, si une quantité notable de sang n'avait pas été versée dans la cavité séreuse à la suite d'une perforation ou d'une rupture; et, relativement au cas dont il s'agit ici, il faut remarquer que, peu de temps avant la mort, il est survenu brusquement une douleur vive qui est devenue bientôt intolérable, phénomènes propres à la rupture, sur l'existence de laquelle l'attention de l'auteur n'a évidemment pas été attirée d'une manière suffisante.

Il résulte de tout cela que la *péritonite hémorrhagique* est beaucoup moins bien connue qu'on ne le croyait, et que, dans l'état actuel de la science, elle a beaucoup moins d'importance que ne lui en attribuait Broussais.

Nous avons noté, dans la *pleurésie*, des espèces d'ulcérations de la séreuse, qui occasionnaient des infiltrations purulentes dans la paroi pectorale et même la perforation du poumon. Dans la péritonite,

on n'a pas signalé ces perforations de dehors en dedans, mais on a vu la destruction du péritoine pariétal suivie de l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-jacent, infiltration qui peut occuper une grande étendue, ou bien, en faisant des progrès, donner lieu à des collections de pus. Il est souvent difficile de dire si c'est le liquide contenu dans le péritoine qui, par son contact, a déterminé la destruction de cette membrane, ou si une ou plusieurs collections purulentes formées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal se sont vidées dans la cavité séreuse. On a vu, en effet, des cas de ce genre, et l'on a donné alors à l'inflammation le nom de *péritonite phlegmoneuse.*

Je pourrais encore signaler comme lésion de la péritonite, des plaques noires prétendues gangréneuses; mais des fausses membranes colorées en noir par le contact de certains liquides ou gaz, en ont imposé sur ce point.

2°. *Lésions propres aux diverses espèces de péritonite.* Dans la *péritonite générale par extension de l'inflammation*, nous ne trouvons d'autre particularité qu'une abondance et une fermeté plus grande des fausses membranes au niveau de l'organe primitivement enflammé. Dans les *péritonites partielles*, il y a cela de remarquable que presque toujours, dès le principe, l'exsudation est très-épaisse et s'organise promptement en fausses membranes. De là résultent des adhésions intimes des organes aux parois, de telle sorte que lorsque la péritonite a disparu depuis un certain temps, les fausses membranes devenant fermes et celluleuses, la cavité du péritoine est effacée dans ce point, à moins que des tiraillemens con-

tinuels n'aient donné à ces fausses membranes la forme de ligamens allongés. Ce sont ces lésions anciennes, ces traces d'une ou de plusieurs péritonites partielles depuis longtemps dissipées, qu'on trouve principalement au niveau des organes atteints de graves lésions chroniques. On les rencontre surtout au niveau du foie, sur l'épiploon, sur les ovaires convertis en kyste.

Dans la *péritonite puerpérale*, on ne trouve autre chose de remarquable que l'intensité plus grande de l'inflammation dans le petit bassin (au moins chez le plus grand nombre de sujets), un aspect sanieux et une grande fétidité du liquide dans certains cas, et principalement, comme l'a constaté M. Bourdon (*Not. sur la Fièv. puerp., etc.*; Revue méd., 1841), lorsqu'une perforation de l'utérus ou du vagin fait communiquer la cavité péritonéale avec l'extérieur. Parfois aussi on trouve une infiltration purulente (*voy.* Tonnellé, *loc. cit.*; Voillemier, *Journ. des Conn. méd. chir.*; déc. 1839 et janv. 1840) dans le tissu cellulaire péritonéal. Mais, comme l'ont démontré les auteurs récens, cette lésion est sous la dépendance de la même cause qui produit des collections purulentes dans plusieurs autres points, c'est-à-dire de la phlébite ou de la lymphangite utérine. Je reviendrai sur ce point important lorsque je traiterai de la fièvre puerpérale.

Enfin, dans la *péritonite par perforation ou par rupture*, on trouve les épanchemens des divers liquides versés dans l'intestin (matières alimentaires, matières fécales, bile, sang, pus, etc.), et, de plus, les produits de l'inflammation sont surtout abondans aux environs des points perforés. Il le sont souvent à tel point qu'il est extrêmement difficile de distin-

guer les diverses parties qu'ils enveloppent, et qu'on a la plus grande peine à découvrir l'ouverture qui a donné passage au liquide irritant. On doit alors procéder avec beaucoup d'attention à la dissection des parties, remplir l'abdomen d'eau, pratiquer l'insufflation de l'estomac et de l'intestin, et ne renoncer à ces recherches que lorsqu'on s'est bien convaincu de l'intégrité de tous les organes. C'est en agissant de cette manière que, dans les cas rapportés par M. Logerais (*loc. cit.*), on est parvenu à découvrir des lésions qui auraient nécessairement échappé à un examen superficiel. Une plus ou moins grande quantité de gaz a, dans plusieurs de ces cas, passé dans le péritoine, et s'échappe en sifflant lorsqu'on fait une ponction à l'abdomen. Les choses ne diffèrent pas sensiblement, en pareil cas, de ce que nous avons constaté dans l'*hydro-pneumothorax* par suite de la perforation du poumon.

Tantôt la perforation qui a donné lieu à la péritonite est unique, tantôt elle est multiple. M. Louis, dans des cas de fièvre typhoïde, a trouvé jusqu'à trois ou quatre perforations dans la partie inférieure de l'iléon; on en a vu également plusieurs exister dans l'estomac. Les perforations qui sont un résultat de l'ulcération sont arrondies, et la déperdition de substance est plus considérable à l'intérieur de l'organe creux qu'à la surface péritonéale. La forme de la rupture est très-variable; elle diffère, en effet, nécessairement suivant l'organe et suivant la lésion. Nous avons déjà fait connaître les ruptures de l'estomac, des voies biliaires, de la rate, nous décrirons plus tard celles des autres organes, et en particulier celles de l'utérus.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Si des idées erronées n'avaient pas cours dans la science relativement à la péritonite, et si l'on était mieux convaincu de l'excessive rareté de la péritonite spontanée, on pourrait dire que le diagnostic de cette affection ne présente pas de difficulté réelle. Mais on a vu, par la discussion dans laquelle j'ai été forcé d'entrer, qu'il n'en est point ainsi. Il est, par conséquent, nécessaire de présenter quelques détails sur ce diagnostic, afin qu'on cesse de confondre sous un même nom des maladies tout à fait dissemblables.

Mettons d'abord de côté ces *péritonites partielles*, qui sont sous la dépendance d'affections viscérales aiguës ou chroniques, et n'ont d'autre effet que de rendre l'affection momentanément fort douloureuse. Il suffit, en effet, de dire à ce sujet que, dans les cas de maladies abdominales, si l'on voit la partie des parois correspondante à l'organe affecté devenir extrêmement sensible à une légère pression, si le malade éprouve dans cette partie une douleur vive augmentant beaucoup par le moindre mouvement, et si le siége de ce symptôme reste pendant plus de vingt-quatre heures circonscrit dans le point qu'il a d'abord occupé, on doit admettre l'existence d'une péritonite partielle. Les douleurs locales, et principalement celles des parois de l'abdomen, ont déjà été distinguées de cette douleur inflammatoire dans toute la région épigastrique. Je ferai connaître plus tard les divers diagnostics auxquels ces douleurs peuvent donner lieu dans les autres régions de l'abdomen. Ce sont là des particularités qui ne doivent pas trouver place ici.

Quant aux *péritonites générales*, voyons s'il est des maladies qui puissent être confondues avec elles. Je commencerai par la péritonite puerpérale et la péritonite par perforation, parce que ces deux espèces ont des caractères si tranchés qu'il est facile de les distinguer de toute autre affection.

Si l'on se rappelle ce qui a été dit plus haut de la marche de la *péritonite puerpérale*, on verra qu'on ne peut, à la rigueur, la confondre avec aucune affection après les premières heures. J'ai dit, en effet, qu'elle a, au bout de très-peu de temps, pour caractères : une douleur générale du ventre très-vive à la pression et un gonflement marqué de cette cavité avec sonorité dans la plupart des points. Or, une métrite, une ovarite, une néphrite, une hépatite, ont des douleurs bornées au niveau de l'organe enflammé, et, quelle que puisse être d'ailleurs la ressemblance des autres symptômes, ce fait seul suffit pour faire éviter l'erreur. Remarquons d'ailleurs que la métrite seule se produit dans les mêmes circonstances, et qu'il faudrait une coïncidence bien extraordinaire pour que les autres affections abdominales vinssent se montrer au moment même où peut survenir la péritonite puerpérale. Cela n'a lieu que dans les cas d'infection purulente; mais alors la péritonite, les abcès du foie, etc., ne sont plus que des parties constituantes de l'affection générale.

Mais au début de cette affection, le diagnostic a une importance réelle. C'est ainsi qu'on voit parfois, peu de temps après l'accouchement, la femme éprouver des frissons, puis des douleurs hypogastriques désignées sous le nom de *coliques*, et l'on peut craindre alors l'apparition d'une péritonite. Pour éviter

l'erreur, il faut se rappeler que le frisson de cette dernière affection est violent et remarquable par sa durée, qu'il s'accompagne d'une prostration souvent marquée, et que la douleur vive, plus persistante que les coliques, beaucoup plus exaspérée par la pression, s'étend rapidement, de telle sorte que, peu après son apparition, elle a déjà franchi les limites de son siége primitif, et commence à s'irradier dans l'abdomen.

Le diagnostic est plus difficile encore quand il s'agit de distinguer une *métrite intense* du début de la péritonite puerpérale; mais c'est un point que je crois devoir renvoyer à la description de la métrite.

La péritonite *par perforation et par rupture* a, il faut le répéter ici, pour principaux caractères, de débuter *tout à coup* par une douleur excessive, qui s'étend rapidement et est exaspérée notablement par la pression. On ne voit pas d'affection qui puisse être réellement confondue avec elle, quand on a ces signes bien présens à l'esprit. La colique *hépatique*, la colique *néphrétique*, et peut-être aussi certaines *douleurs nerveuses*, ont aussi pour principal symptôme une douleur très-vive survenue très-promptement; mais cette douleur reste circonscrite ou n'a que des irradiations variables, et, de plus, elle n'est pas exaspérée par la pression, ou si elle l'est, l'intensité de l'exaspération n'est nullement comparable à celle qu'on produit dans la péritonite. J'ajoute que, dans les divers accidens que je viens d'indiquer, on n'observe pas, du moins ordinairement, l'état du pouls signalé plus haut.

Il n'y a donc, comme on le voit, que la *péritonite simple*, *spontanée*, dont le diagnostic ne

soit pas établi complétement. Mais déjà, je le répète, la grande rareté de cette affection est un motif pour n'en pas admettre légèrement l'existence. Quant aux affections avec lesquelles on pourrait la confondre *lorsqu'elle est générale*, je ne vois guère que le *rhumatisme* et la *névralgie* des parois de l'abdomen qui puissent être dans ce cas.

Le *rhumatisme* est plus remarquable par la douleur que déterminent les mouvemens du tronc que par la douleur spontanée et la douleur à la pression, et ce caractère est déjà suffisant. En outre, dans le rhumatisme, la fièvre ne s'allume pas ordinairement. Cependant ce signe diagnostique n'a qu'une valeur limitée, car j'ai vu des cas, et il n'est pas de médecin qui n'en ait observé de semblables, où des douleurs vives des muscles du ventre ont coïncidé avec la fièvre et même avec des troubles gastriques, et qui, si on n'avait apporté un très-grand soin dans l'exploration, auraient pu être pris pour des péritonites. M. Genest (*Gaz. méd.*, 1832) a appelé particulièrement l'attention des médecins sur les cas de ce genre. Un excellent moyen pour reconnaître à quelle maladie on a réellement affaire, est 1° de faire asseoir et recoucher ensuite le malade avec toutes les précautions nécessaires. Dans la péritonite, ces mouvements occasionnent des douleurs dans tout le ventre; dans le rhumatisme, la douleur est bornée aux muscles affectés et parfois à un seul côté, ce qui est très-important à constater; 2° et c'est là le signe par excellence, la pression dans le rhumatisme intense (le seul qui puisse être pris pour une péritonite) détermine d'abord une douleur assez vive, mais si on continue de presser, cette douleur n'augmente pas; il n'en est

pas de même dans la péritonite, où les douleurs deviennent de plus en plus violentes à mesure qu'on augmente la pression. Je n'ai pas besoin de dire que cette exploration doit être faite avec les plus grands ménagemens ; il ne faut qu'une pression légère faite méthodiquement, pour reconnaître les nuances que je viens d'indiquer.

La même remarque s'applique au diagnostic de la *névralgie lombo-abdominale*, qui est encore plus facile à distinguer de la péritonite, quoiqu'il ne soit pas douteux que, faute de bien connaître la première de ces deux maladies, on les ait assez souvent confondues. La névralgie lombo-abdominale peut, comme nous le verrons plus tard, occasionner des douleurs de ventre très-vives, occuper une grande étendue, et s'accompagner parfois d'un peu de météorisme, car on sait qu'un certain degré de tympanite n'est pas rare chez les personnes nerveuses. J'ai vu plusieurs cas de ce genre. Voici comment on établit le diagnostic. Dans la névralgie, à la douleur abdominale correspond une douleur plus ou moins vive aux côtés de la colonne vertébrale et dans le point d'où partent les nerfs dont on trouve les extrémités douloureuses sur la paroi antérieure du ventre. Il y a, en outre, un point douloureux d'une étendue variable vers la partie moyenne de la crête iliaque et au-dessus ; et, quoique les intervalles qui séparent ces différents points puissent, surtout dans certains momens, participer à la douleur, il est toujours facile de distinguer ces foyers où les élancemens viennent retentir, et qui sont beaucoup plus sensibles à la pression que les autres parties du trajet des nerfs. De plus, une pression prolongée loin d'augmenter la douleur,

soulage quelquefois, lorsqu'elle est faite largement avec la paume de la main. Nous avons vu que, dans la péritonite, on peut à peine insister sur la pression, qui, même lorsqu'elle est exercée légèrement et largement, est intolérable.

Je me suis étendu sur ce diagnostic parce que les signes de la péritonite ne m'ont généralement pas paru convenablement appréciés. Si l'on a égard aux signes distinctifs que je viens d'indiquer, et si on tient compte des considérations dans lesquelles je suis entré dans le cours de cet article, on citera, sans aucun doute, beaucoup moins souvent des cas de guérison de péritonite, et l'on mettra une plus grande réserve à admettre l'existence de la péritonite simple, spontanée.

Restent maintenant les cas de *péritonite partielle développée spontanément et sans lésion d'aucun organe correspondant.* Les doutes que j'ai émis sur la péritonite simple générale se représentent ici dans toute leur force. Cependant on trouve quelques cas où une douleur vive, exaspérée par la pression, occupant un point fixe du ventre, s'accompagne d'un certain degré de météorisme, de selles liquides, et d'un mouvement fébrile en rapport avec ces symptômes. Il est difficile de rapporter cet ensemble de phénomènes à autre chose qu'à une péritonite circonscrite; et pourtant l'examen le plus attentif ne fait reconnaître aucune lésion organique qui explique le développement de l'inflammation de la membrane séreuse. Ces faits ont besoin d'être soumis à un examen plus attentif qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Tout ce qu'il est permis de dire, dans l'état actuel de la science, c'est que si, avec

les symptômes qui viennent d'être indiqués, on ne trouve du côté des organes, ni gonflement, ni déformation, ni trouble des fonctions, on peut regarder la maladie comme une péritonite.

Ainsi, dans la *métrite*, la palpation et la percussion font reconnaître, au milieu de l'hypogastre, une tumeur arrondie qui ne s'étend pas jusqu'aux flancs, et qu'on limite par la palpation et la percussion; en outre, le toucher fait distinguer le gonflement du col, la pesanseur de l'organe, sa sensibilité; et enfin on note des troubles fonctionnels, tels qu'un écoulement blanc, des pertes; le dérangement de la menstruation ou la suppression des règles, viennent compléter les signes diagnostiques, qui séparent cette maladie d'une péritonite.

Dans la *splénite*, on a pour se guider la tuméfaction de l'organe; dans l'*hépatite*, le même signe, et de plus le peu d'intensité de la douleur et l'apparition de l'ictère.

Une affection qui, dans quelques cas, peut donner lieu à l'erreur, mais qui est fort rare, c'est la formation d'un *abcès considérable entre le péritoine et les muscles de l'abdomen*. M. Bricheteau (*Arch. gén. de Méd.*; 1839) a cité un cas de ce genre. Outre la douleur et les phénomènes généraux de la péritonite, on sentait une fluctuation manifeste dans le point occupé par l'abcès. Cette circonstance, néanmoins, peut servir à faire reconnaître l'existence d'une collection de liquide qui n'est pas due à l'inflammation du péritoine. Nous avons vu, en effet, plus haut que dans la péritonite le ventre était plutôt distendu par des gaz, et le liquide peu abondant occupait les parties déclives. Une matité cir-

conscrite dans un seul point du ventre, et la fluctuation à son niveau, sont donc des signes qui doivent plutôt écarter l'idée d'une inflammation que faire tomber dans l'erreur. Il faut reconnaître toutefois que les cas de ce genre ne laissent pas d'offrir d'assez grandes difficultés. Les mêmes signes serviront à faire distinguer la péritonite de l'*hydropisie enkystée du péritoine*, c'est-à-dire de ces amas de liquide séreux qui se trouvent environnés, dans l'intérieur de l'abdomen, d'un sac plus ou moins épais qui les sépare complétement de la cavité péritonéale.

Quant aux diverses autres affections de l'abdomen, elles diffèrent trop de la péritonite pour qu'à l'exemple de quelques auteurs j'en présente le diagnostic différentiel.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes positifs des péritonites partielles par extension de l'inflammation.*

Dans le cours d'une affection médiocrement douloureuse, et dont la douleur se fait sentir profondément, celle-ci devient *superficielle et très-aiguë*.

La pression *exaspère* cette douleur *à un degré qui n'avait pas été atteint jusqu'alors*.

Les mouvemens *deviennent beaucoup plus pénibles*, ils occasionnent des *tiraillemens très-douloureux*. On constate, au niveau du point douloureux, un *météorisme local*, assez marqué.

Les symptômes généraux, et en particulier le *mouvement fébrile*, acquièrent momentanément *un plus haut degré de violence*.

2°. *Signes distinctifs de la péritonite et de la métrite puerpérales.*

PÉRITONITE.	MÉTRITE.
Précédée d'un *frisson violent, prolongé*, souvent durant plusieurs heures.	Frisson beaucoup *moins violent* et de beaucoup *moins longue durée*; non continu.
La douleur, qui a son point de	La douleur reste *fixe* dans l'hy-

départ dans le bassin, *s'étend rapidement* vers le reste du ventre.	pogastre, ou si elle s'irradie, ce n'est que par momens.
L'abdomen devient partout *très-sensible à la pression.*	L'abdomen *n'est point douloureux à la pression ailleurs qu'au niveau de l'utérus*, ou ne l'est que dans une faible étendue au delà.
Le *météorisme* se manifeste *promptement.*	Météorisme *moins prompt* et *moins marqué.*

3°. *Signes distinctifs de la péritonite puerpérale et des coliques dues aux contractions utérines après l'accouchement.*

PÉRITONITE.	COLIQUES UTÉRINES.
Frisson *violent, prolongé, continu.*	*Point de frissons*, ou seulement frissons *vagues et légers.*
Douleurs *s'étendant promptement* dans tout le ventre.	Douleurs *revenant par intervalles*, et *correspondant aux contractions utérines;* appréciables par la palpation.
La *pression* produit des *souffrances intolérables.*	*Pression à peine douloureuse* à l'hypogastre, *non douloureuse ailleurs.*
Mouvement fébrile toujours *très-prononcé.*	Mouvement fébrile *nul.*

4°. *Signes distinctifs de la péritonite par rupture ou par perforation, et des coliques hépatique et néphrétique.*

PÉRITONITE PAR PERFORATION.	COLIQUES HÉPATIQUE ET NÉPHRÉTIQUE.
La douleur violente, survenue tout à coup, *s'étend avec la plus grande rapidité* à tout l'abdomen.	La douleur violente, survenue brusquement, *reste fixée* dans les canaux biliaires ou dans les uretères, ou bien on note seulement des irradiations en divers sens.
Elle est *exaspérée par la pression*, au point de devenir intolérable.	La *pression est peu douloureuse* au niveau de l'affection; *elle ne l'est point à une certaine distance.*
Pouls petit, misérable; refroidissement des extrémités, altération de la face, etc.	Le pouls reste souvent normal ou se *ralentit*. Il y a *ictère*, vomissemens bilieux dans *la colique hépatique; rétraction des testicules*, etc. dans la *colique néphrétique.*

Je ne crois pas devoir m'étendre davantage sur le diagnostic différentiel de la péritonite par perfora-

tion, car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dans la plus grande partie des cas, rien n'est plus tranché que sa symptomatologie.

5°. *Signes distinctifs de la péritonite simple et du rhumatisme des parois abdominales.*

PÉRITONITE SIMPLE SPONTANÉE.	RHUMATISME DES PAROIS DE L'ABDOMEN.
Douleur du ventre *exaspérée* par la pression *à un très-haut degré*, et *augmentant* à mesure que la pression devient plus profonde.	Douleurs *moins exaspérées* par la pression, n'*augmentant pas* très-sensiblement lorsque celle-ci devient plus profonde.
Douleur générale de l'abdomen dans les mouvemens du tronc.	Dans les mouvemens du tronc, douleur vive, *bornée aux muscles affectés*, et parfois *à un seul côté.*
Mouvement fébrile *intense;* vomissemens bilieux, météorisme, etc.	Mouvement fébrile *nul* ou léger; troubles digestifs *peu notables. Peu ou point* de météorisme.

6°. *Signes distinctifs de la péronite simple spontanée et de la névralgie lombo-abdominale.*

PÉRITONITE.	NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.
Douleur *uniformément* répandue dans tout l'abdomen.	*Points douloureux* vers la colonne vertébrale et le milieu des os des îles.
Élancemens nuls ou suivant des directions variables.	*Élancemens suivant le trajet des nerfs lombaires.*
La pression large *exaspère toujours* la douleur, et d'autant plus qu'on l'exerce plus profondément.	La pression, lorsqu'elle est exercée largement, *peut soulager;* du moins elle n'exaspère pas notablement la douleur à mesure qu'elle devient plus profonde.
Mouvement fébrile *plus ou moins violent.*	Mouvement fébrile *nul*, à moins de complication.

Les points douloureux vertébraux avaient été signalés par M. Genest (*loc. cit.*) dans des cas semblables à ceux que j'indique ici; ils ne doivent jamais être négligés dans l'exploration.

Je ne crois pas devoir ajouter à ce tableau diagnostique le résumé de ce que j'ai dit plus haut à pro-

pos de la péritonite partielle spontanée. Ce que nous savons à ce sujet n'est pas assez précis pour que les indications que j'ai données ne soient pas suffisantes.

Péritonite latente. Jusqu'à présent je n'ai pas signalé ces cas de péritonite dans lesquels les principaux symptômes sont si peu apparens, qu'on peut très-bien en méconnaître l'existence, et cependant c'est ce qu'on voit arriver quelquefois, même dans les cas de péritonite par perforation. Alors, le malade ne se plaint point de la douleur violente, subite, qui caractérise le début de l'affection ; on en trouve la raison évidente dans son état général, qui l'empêche d'éprouver, ou du moins de manifester, ces violentes souffrances. La péritonite latente, en effet, a été notée dans des cas où un délire souvent très-intense existait depuis un temps assez long, et c'est ce qu'on observe particulièrement dans la fièvre typhoïde, dont le délire est un symptôme. M. Louis a rapporté trois cas où les choses se sont passées de cette manière. Si cependant on suit attentivement la maladie, si l'on examine le sujet avec un grand soin, on peut arriver à reconnaître l'accident dont il s'agit ; car, bien que le malade ne manifeste pas les souffrances extrêmes mentionnées plus haut, on voit que sa face s'est promptement altérée, que le ventre s'est tuméfié, que, lorsqu'on y exerce la pression, le malade cherche à repousser la main de l'explorateur ; que le pouls est devenu promptement petit, misérable, filiforme ; que les extrémités se sont refroidies, que l'état général présente, en un mot, cet aspect propre à la péritonite suraiguë, et que j'ai précédemment décrit.

Si la péritonite se développait spontanément sans perforation, sans rupture, sans lésion organique, dans les circonstances que je viens de signaler, il serait très-difficile d'éviter l'erreur. On a vu, par exemple, dans certains cas, une inflammation de l'arachnoïde, de la plèvre et du péritoine, apparaître en même temps ou à de courts intervalles. Or, le délire qui résulte de l'inflammation de l'arachnoïde masque alors à un tel point les symptômes des autres affections, que l'attention du médecin n'est pas attirée sur elles, et qu'elles peuvent passer complétement inapperçues; une exploration minutieuse de tous les organes peut seule faire reconnaître ces inflammations multiples.

Pronostic. Le pronostic est très-différent suivant l'espèce de péritonite. C'est ainsi que la *péritonite partielle*, qu'elle se soit produite au niveau d'une lésion organique, ou qu'elle soit spontanée ce qui est infiniment plus rare, n'a pas de dangers réels. Après elle, celle qui offre nécessairement le plus de chance de guérison, est la *péritonite générale simple spontanée;* mais nous avons vu avec quelle réserve on doit admettre son existence. On sait combien est grave la *péritonite puerpérale.* Il est bien rare qu'elle se termine autrement que par la mort, surtout dans les temps d'épidémie. La *péritonite par perforation ou par rupture* offre également une gravité extrême; cependant MM. Graves et Stokes ont cité des cas de guérison sur lesquels je vais revenir à propos du traitement, et j'ai indiqué plus haut celui qui a été observé par M. le docteur de Castelnau. Les circonstances les plus favorables pour cette terminaison heureuse sont la très-grande étroitesse de

la perforation, de telle sorte qu'il n'y ait eu d'abord qu'une très-petite quantité de liquide épanché, et la formation rapide d'adhérences qui empêchent les matières contenues dans la cavité perforée de porter l'inflammation dans une grande étendue.

§ VII. — Traitement.

Si l'on se rappelle ce que nous avons dit des doutes qui s'élèvent sur l'existence même de la péritonite simple, on sera fort étonné d'apprendre que le traitement de l'inflammation du péritoine a été établi par les auteurs précisément sur les cas de ce genre. « Broussais, disent les auteurs du *Compendium*, a bien exposé les principales indications curatives qui se réduisent : 1° à empêcher toute irritation immédiate; 2° à diminuer l'irritation dans le lieu souffrant; 3° à établir dans l'appareil circulatoire et répartiteur des fluides, une juste mesure d'action, et à la maintenir un temps suffisant pour permettre la guérison. » Et ils ajoutent : « Depuis Broussais, on n'a rien écrit qui ait fait oublier la judicieuse thérapeutique dont il a si nettement tracé les règles. » Je ne veux pas prétendre que la thérapeutique de Broussais n'est pas judicieuse ; mais je fais remarquer qu'il est impossible que cet auteur, pas plus que ceux qui sont venus après lui, ait pu constater par expérience l'efficacité de ce traitement, et que, quelque raison théorique qu'il ait pu avoir de le regarder comme le meilleur, ce n'est pas un motif pour l'accepter comme le plus utile. Mais si l'expérience ne nous apprend que peu de choses sur le traitement de cette péritonite, ce n'est pas une raison pour nous

dispenser de le présenter, et, en cet état de choses, je crois devoir exposer celui qui est généralement suivi.

Émissions sanguines. Il n'est peut-être pas de maladie dans laquelle on ait fait un plus grand usage des émissions sanguines que la péritonite. La *saignée générale* répétée plusieurs fois, à moins que le pouls ne soit tout à fait déprimé, des *sangsues en très-grand nombre* (jusqu'à soixante, quatre-vingts, et cent, à plusieurs reprises) sur toute l'étendue de l'abdomen, tels sont les moyens que l'on emploie lorsqu'on s'est assuré qu'il existe une péritonite. Le docteur Armstrong (*Transact. of the Assoc.*, etc., *of Engl. and Wales;* 1823) veut que l'on pratique la *saignée jusqu'à la syncope.* Rien dans les faits ne nous prouve qu'on réussisse mieux de cette manière, que par la saignée ordinaire. L'application des *ventouses scarifiées* est ordinairement trop douloureuse pour qu'on puisse y avoir recours.

La plupart des auteurs préfèrent les émissions sanguines locales à la saignée générale; mais on ne s'est appuyé sur aucun fait concluant pour établir ce point de thérapeutique.

On a en même temps recours aux *applications émollientes*, telles que les larges cataplasmes, s'ils peuvent être supportés, ou bien des fomentations avec des décoctions émollientes rendues ordinairement *narcotiques* à l'aide du *laudanum.* On prescrit, en même temps, de *grands bains*, dans lesquels on laisse les malades pendant longtemps (deux heures et plus); mais un des inconvéniens de ce moyen est d'occasionner des mouvemens très-douloureux pour placer le malade dans la baignoire.

Narcotiques; antivomitifs. Nous avons vu qu'un

des principaux symptômes de la péritonite consiste dans des vomissemens très-douloureux et parfois incessans. Il est important de calmer ce symptôme qui, en provoquant des mouvemens convulsifs de l'abdomen, tend à rendre la maladie plus grave encore. Les moyens qu'on emploie pour y parvenir sont de deux sortes. Les uns administrent l'*opium*, soit en l'ingérant dans l'estomac, soit à l'aide de lavemens; et d'autres veulent que l'on n'emploie que les *boissons gazeuses*, comme l'*eau de seltz* et la *potion de Rivière*. Mais je ne crois pas qu'on ait élevé aucune objection solide contre l'usage de l'opium, et si l'on considère la violence extrême des douleurs, ainsi que l'importance qu'il y a à maintenir les organes dans un état d'engourdissement considérable, on n'hésitera pas, non-seulement à prescrire l'opium, mais encore à le prescrire à des *doses élevées*, comme nous verrons plus loin qu'on l'a fait avec succès dans les cas de péritonite par perforation. Ainsi on administrera graduellement et avec précaution de 5 *à* 20 *et à* 25 *centigrammes d'extrait d'opium* dans les vingt-quatre heures, et l'on donnera en même temps un ou deux quarts de lavemens par jour avec addition de *douze à quinze gouttes de laudanum*, ce qui n'empêchera pas de prescrire les boissons gazeuses. Quelques médecins ont prétendu que l'opium est contre-indiqué au début de la maladie, mais on ne trouve dans les faits rien qui puisse motiver une semblable opinion.

Révulsifs. Après les moyens précédens, il faut mentionner l'emploi des *révulsifs*. La plupart des auteurs les recommandent, et, suivant Broussais, on doit les manier avec énergie. En première ligne

se placent les *vésicatoires*, appliqués sur une plus ou moins grande étendue de l'abdomen. Nous avons à présenter ici, et avec plus de force encore, les réflexions faites à l'occasion du traitement de la *pleurésie* et de la *pneumonie* (*voyez* la description de ces maladies, t. II) par les vésicatoires. Aucun auteur n'a pensé à étudier les effets de ces agens thérapeutiques dans des cas bien déterminés; à tenir compte de la cause de la maladie, de l'intensité du mouvement fébrile; en un mot, on a négligé les principaux élémens d'une bonne thérapeutique, ce qui n'a pas empêché quelques médecins de prodiguer les vésicatoires, et beaucoup d'autres d'y avoir recours, par cela seul qu'ils ont été vantés.

Il faut renoncer à traiter cette question importante par l'analyse des faits, parce que ce n'est pas sur des observations, mais bien sur des idées théoriques qu'on s'est fondé pour préconiser l'emploi des vésicatoires. Je ne peux, après avoir fait un appel à l'observation rigoureuse, qu'entrer dans une discussion dont la base est la connaissance que nous avons acquise des divers états morbides sous la dépendance desquels se produit la péritonite.

Dans les faits probables de *péritonite simple spontanée générale* qui ont été publiés, je ne vois pas qu'on ait mis en usage le vésicatoire. Cependant c'est dans les cas de ce genre que ce moyen aurait le plus de chances de succès, s'il est réellement utile. Mais nous avons vu que, dans les cas que nous connaissons, le mouvement fébrile était violent, et c'est là un motif puissant de douter que le vésicatoire non-seulement soit utile, mais encore ne soit pas nuisible. Ou bien, en effet, on n'applique qu'un

vésicatoire de petite étendue, ou bien on couvre une grande partie de l'abdomen d'un emplâtre épispastique. Dans le premier cas, on ne peut espérer un grand effet d'un moyen si faible, et dans le second on ajoute de nouvelles douleurs aux douleurs si vives de la péritonite; et ce qui est encore plus grave, on augmente momentanément le mouvement fébrile, d'où peuvent résulter des lésions secondaires qui accélèrent la mort.

Quelques médecins veulent qu'on emploie les grands vésicatoires, seulement lorsque la fièvre est tombée et lorsque l'intensité des douleurs a notablement diminué; mais cette application, qui, dans tous les cas, ne pourrait avoir d'autre avantage que d'accélérer la résorption du liquide et de hâter la guérison, est-elle bien nécessaire? Dans les cas de péritonite bien caractérisée, le liquide est peu abondant; dès que les symptômes fébriles et la douleur sont tombés, il y a un travail d'adhésion qui commence et qui seul suffit pour débarrasser la cavité péritonéale; pourquoi employer un moyen aussi violent lorsque cette tendance est manifeste et qu'on n'est pas sûr de la favoriser? Tout porte à croire que dans les cas où, ayant employé le vésicatoire étendu, on a vu disparaître assez promptement une collection de liquide un peu considérable, on avait affaire à une *hydropisie ascite*, qui s'était produite avec quelques symptômes d'acuïté, à une de ces hydropisies qu'on a appelées *actives*, comme j'aurai à en citer des exemples dans un des articles suivans.

Il ne nous resterait donc que les *péritonites partielles* auxquelles cette médication serait applicable; mais nous avons vu que cette espèce de péritonite a

une tendance naturelle à la guérison, et par conséquent il faudrait, pour affirmer l'efficacité du moyen en pareil cas, pouvoir s'assurer qu'il hâte cette guérison naturelle. Or c'est ce que nous ne pouvons pas avec les observations que nous possédons. Cependant on trouve un assez grand nombre de cas dans lesquels le vésicatoire enlève la douleur, même inflammatoire, lorsqu'elle est limitée et ne détermine pas de symptômes généraux graves; sous ce rapport, on peut accorder quelque confiance à l'emploi de ce moyen.

En résumé, on voit que, jusqu'à ce que de nouvelles observations soient venues nous éclairer, on ne saurait admettre comme démontrée l'utilité des vésicatoires dans la péritonite aiguë générale, et que même on doit en redouter les effets. Les cas dans lesquels on prétend avoir obtenu une guérison rapide par ce moyen paraîtront plus que suspects à ceux qui connaissent l'extrême gravité de la péritonite et les erreurs nombreuses de diagnostic dans lesquelles tombent les médecins qui n'ont pas suffisamment présens à l'esprit les caractères du *rhumatisme abdominal fébrile* et de la *névralgie lombo-abdominale.* Les cas ne sont pas rares, au contraire, où, chez des sujets affectés d'une véritable péritonite, un large vésicatoire appliqué sur le ventre a ajouté une intensité considérable aux symptômes généraux, et par suite donné une très-grande gravité à l'affection. Nous ne saurions donc, en aucune manière, conseiller les vésicatoires : dans la péritonite générale ils sont dangereux, dans la péritonite partielle ils sont le plus souvent inutiles.

Le *moxa*, conseillé par quelques auteurs, et entre

autres par Broussais qui cependant l'appliquait plus particulièrement dans les cas de péritonite chronique, doit encore bien moins être appliqué dans la péritonite aiguë générale; car son action est nécessairement lente et ses effets ne sont pas en rapport avec la violence et la gravité de la maladie. Dans le traitement des péritonites aiguës partielles, il n'est nullement prouvé qu'il ait plus d'avantages que le vésicatoire.

Les *frictions irritantes* avec la *teinture de cantharides*, avec des préparations contenant une petite quantité d'*ammoniaque*, ou bien une dose considérable d'*émétique*, comme la *pommade d'Autenrieth*, ont l'inconvénient d'être d'une application douloureuse, qu'elles ne rachètent pas par une efficacité démontrée.

Onctions mercurielles. On a, dans ces dernières années surtout, fortement insisté sur l'utilité des *onctions mercurielles à haute dose;* mais je parlerai de cette médication en détail à propos du traitement de la péritonite puerpérale, auquel elle a été plus particulièrement appliquée.

Tels sont les moyens de quelque importance que l'on a dirigés contre la péritonite à laquelle on a cru reconnaître un caractère de simplicité. Nous verrons, quand il s'agira de la péritonite tuberculeuse, qui suit ordinairement une marche chronique, que parfois néanmoins elle se présente à certaines de ses périodes avec un caractère marqué d'acuité. Or il n'est pas rare alors de voir, au bout d'un certain temps, les symptômes aigus s'amender, les fausses membranes s'organiser, et cette espèce de péritonite aiguë se terminer par une sorte de guérison, ce que l'in-

spection anatomique permet de constater au bout d'un temps plus ou moins long. D'un autre côté, nous savons qu'il n'est pas nécessaire que les poumons contiennent un grand nombre de tubercules pour que la péritonite se présente avec tous ces caractères. N'est-il pas permis de croire que, dans des cas semblables, on a cru avoir obtenu, par les moyens indiqués plus haut, la guérison de péritonites aiguës simples spontanées, tandis qu'il ne s'agissait que de la terminaison par formation de fausses membranes, d'une lésion secondaire de la phthisie pulmonaire?

Quoi qu'il en soit, il résulte des considérations précédentes que les moyens thérapeutiques dans lesquels on doit avoir particulièrement, sinon exclusivement, confiance, sont les émissions sanguines et surtout les émissions sanguines locales, les adoucissans, les émolliens, les délayans, en un mot le traitement particulièrement désigné sous le nom d'*antiphlogistique*.

Il est évident que, dans toutes les péritonites générales, la diète doit être absolue tout le temps que l'affection présente une acuité marquée. Pendant la convalescence, on recommande surtout la *diète lactée*, et on doit agir avec une grande prudence quand il s'agit d'augmenter graduellement l'alimentation.

2°. *Traitement de la péritonite par extension de l'inflammation.* Nous avons vu plus haut que les péritonites de ce genre restaient ordinairement partielles. Lorsqu'il en est ainsi, on obtient facilement la guérison de l'inflammation de la membrane séreuse si l'on peut triompher de l'inflammation organique; mais dans les cas où la péritonite devient

générale, le danger est extrême, et l'on doit alors employer le même traitement qui va être décrit à propos de la péritonite puerpérale, ce qui nous dispense d'entrer dans de plus grands détails à cet égard. J'ajoute seulement qu'aux moyens dirigés contre la péritonite elle-même on doit joindre ceux qui peuvent avoir quelque efficacité contre l'affection organique qui lui a donné naissance.

3°. *Traitement de la péritonite puerpérale.* Cette maladie est si grave, les épidémies de fièvre puerpérale qui ont pour symptômes principaux ceux de la péritonite sont si fréquentes, qu'on a dirigé contre cette affection une multitude de médicamens tous plus ou moins énergiques.

Emissions sanguines. Les émissions sanguines ont eu de tout temps un très-grand nombre de partisans; mais aussi un certain nombre d'auteurs se sont toujours élevés contre leur usage ou au moins contre l'abus qu'on en a fait. Il est certain que les observations que nous possédons ne parlent guère en faveur de cette médication, du moins employée seule, et pour ne citer que celles qui ont été recueillies par M. Velpeau (*Revue Méd.;* janvier 1827, et *Arch. gén. de Méd.*, t. XIX; avril 1829), nous voyons dans tous les faits rapportés par cet auteur que jamais les émissions sanguines les plus abondantes n'ont réussi toutes seules à enrayer la maladie. Cependant, vu la violence de l'inflammation et l'activité considérable de la circulation, il est bien peu de médecins qui osent se dispenser de tirer une certaine quantité de sang à leurs malades.

La *saignée générale* plus ou moins répétée est mise en usage au début de la maladie. M. Baude-

loque (*Traité de la Périt. puerp.*; Paris, 1830) penche pour son emploi presque exclusif, parce que l'application des sangsues, forçant à découvrir les malades, les expose trop vivement à l'action de la température extérieure. Cette crainte, fondée simplement sur des idées théoriques, doit être regardée comme exagérée; nous verrons plus loin que les diverses frictions et onctions qui forcent également à découvrir les malades n'ont point de semblables inconvéniens. La plupart des auteurs, au contraire, préfèrent de beaucoup l'emploi des *sangsues* et recommandent qu'on les applique en grand nombre. C'est ainsi qu'on a été jusqu'à en appliquer quatre-vingts et cent à la fois, de manière à en couvrir le ventre. On se borne ordinairement à les prescrire au nombre de vingt, trente et quarante, et à en répéter l'application suivant la nécessité. Quelques médecins veulent qu'on ne place pas toutes ces sangsues à la fois, mais qu'on les applique successivement en petit nombre, de manière à ce qu'il y en ait toujours cinq ou six qui tirent du sang. Rien ne prouve que cette manière d'agir, qui est pénible pour la malade, ait de plus grands avantages que la précédente.

Je dois répéter ici ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire que les émissions sanguines n'ont pas une efficacité suffisamment démontrée pour qu'on doive insister trop fortement sur leur emploi. Tant que le pouls présente de la résistance, on peut continuer l'application des sangsues, surtout si, sous leur influence, les douleurs se sont un peu calmées et si le pouls a diminué de fréquence; mais si celui-ci, sans rien perdre de sa fréquence, devenait petit et

faible, on devrait s'arrêter, et recourir aux autres moyens qui vont être mentionnés. Suivant M. Baudeloque (*loc. cit.*), les émissions sanguines doivent être bien plus modérées dans la péritonite puerpérale épidémique que dans cette affection à l'état sporadique, parce que, dans le premier cas, l'affection a quelque chose de spécifique. M. Tonnellé (*Arch. gén. de Méd.*, t. XXIII; 1830) veut qu'on réserve la saignée générale à la forme de la maladie qu'il nomme *inflammatoire franche;* mais, même dans ce cas, il lui préfère l'usage des saignées locales au moyen des sangsues, qui, dit-il, peut être considéré, particulièrement dans la maladie qui nous occupe, comme une conquête de notre époque. Malheureusement cet auteur n'a point analysé ses observations assez rigoureusement pour qu'on puisse apprécier d'une manière précise la valeur de ces propositions. Notons seulement que dans la plupart des cas il a vu une amélioration plus ou moins notable suivre l'emploi des sangsues, mais que cette amélioration n'était ordinairement que momentanée, que presque toujours l'inflammation se reproduisait avec toute sa violence, de telle sorte qu'il fallait insister de nouveau sur les émissions sanguines, et que, dès que l'épanchement et la suppuration étaient formés, on se hâtait d'abandonner ce moyen.

Préparations mercurielles. Les préparations mercurielles ont été administrées à l'intérieur et à l'extérieur. *A l'intérieur*, c'est le *calomel* qui a été presque exclusivement prescrit; ce médicament, vanté par Vandenzande (*voyez* Brachet, *de l'Emploi de l'Opium dans les Phlegm.;* Paris, 1828), était uni par cet

auteur à de petites quantités d'opium, de telle sorte que les bons effets que Vandenzande assurait en retirer peuvent aussi bien être rapportés à cette dernière substance qu'à la première. Saxtorph voulait qu'on l'associât au *musc;* les médecins comme Schmittmann (*Summ. observ.;* Berol, 1819), Sanders, Otto, etc., qui ont également préconisé ce médicament, ont recommandé qu'on le donnât à doses fractionnées, c'est-à-dire à la dose de *cinq à six centigrammes de deux heures en deux heures*, ou à des intervalles plus rapprochés en diminuant la dose. Nous manquons d'observations qui puissent nous faire connaître le degré d'action de ce médicament ainsi administré. Les auteurs qui, il y a quelques années, ont principalement fait usage des mercuriaux, et en particulier M. Velpeau, ont presque toujours uni l'usage interne du calomel à l'emploi des frictions mercurielles, sur lesquelles je vais insister plus longuement.

Frictions mercurielles. C'est à M. Velpeau que nous devons les principaux efforts pour introduire dans le traitement de la péritonite puerpérale les frictions mercurielles, et cet auteur a réuni un nombre considérable d'observations en faveur de l'efficacité de ce traitement. Il est bien entendu toutefois que M. Velpeau ne borne pas le traitement de la péritonite aux seules frictions, pas plus que ne le faisaient quelques auteurs, comme Chaussier et Laennec, qui les avaient mentionnées, mais sans insister sur leur emploi, sans appliquer ces frictions sur le ventre lui-même, en un mot sans leur accorder, à beaucoup près, l'importance que M. Velpeau leur a ensuite donnée.

C'est donc, à proprement parler, une médication nouvelle qu'a proposée ce dernier auteur; aussi ne saurais-je mieux faire que de lui emprunter le passage suivant de son Mémoire. Le traitement qu'il adopte y est exposé en détail, et les frictions mercurielles y tiennent la plus grande place.

TRAITEMENT DE M. VELPEAU.

« Dès que les accidens surviennent, qu'il se manifeste de la douleur à l'hypogastre, de la fièvre, si la femme n'est pas trop affaiblie ou épuisée, la prudence veut qu'on pratique une saignée, ou qu'on applique quinze, vingt, trente, cinquante sangsues à la vulve ou sur le point douloureux. Quand la femme est robuste, pléthorique, et que les symptômes sont d'abord très-graves, on doit tirer aussitôt une grande quantité de sang, soit par la phlébotomie, soit par les sangsues; mais si la péritonite est franchement déclarée, si les symptômes ne cèdent pas aux premières saignées, je conseille de recourir sans plus attendre au traitement mercuriel, de faire des frictions avec deux ou trois gros (8 ou 12 grammes) d'onguent napolitain double toutes les deux heures, et de donner en même temps, si l'état des voies digestives ne s'y oppose pas, deux grains (0,10 grammes) de calomel, aux mêmes distances. Les douleurs sont-elles vives, reviennent-elles par coliques? on tâche de les adoucir à l'aide d'une potion légèrement calmante, composée, par exemple, de :

℞ Eau de tilleul et de laitue, deux onces..	60	grammes.
Eau de fleur d'oranger..................	q.q.	gouttes.
Sirop de pavot blanc ou d'œillet, une once.	30	grammes.

M. A prendre dans les 24 heures par cuillerées.

Pour tisane, on choisit parmi les boissons délayantes celles qui plaisent le mieux à la malade.

« Les frictions sont faites sur toute l'étendue de l'abdomen, avec lenteur et précaution, par une personne entendue et sur le zèle de laquelle on puisse compter. La main doit être garnie d'un gant. Après chaque friction, on applique sur

le ventre un large morceau de flanelle, dans le but de préserver les vêtemens de la femme ou les pièces du lit. Quelque vive que soit la douleur, elle ne l'est jamais assez pour empêcher d'opérer les frictions sur l'abdomen. Je ne me permets de les porter sur les cuisses que dans les cas peu inquiétans ou lorsque les accidens principaux ont disparu, et seulement quand la peau du ventre se couvre de bontons ou tend à s'enflammer; encore les réappliquai-je sur cette partie dès qu'elle est un peu moins irritée. Lorsque les tégumens sont recouverts d'une couche de pommade trop épaisse, il convient de les nettoyer avec une eau de savon légère ou un peu d'huile.

« Cette précaution me paraît essentielle pour favoriser l'action du mercure; un bain tiède d'une demi-heure, d'une heure même, si la femme s'y trouve bien, agit encore dans le même sens et manque rarement d'amener un soulagement général.

« Le calomel est donné dans une demi-cuillerée de tisane, un peu de panade, ou tout simplement déposé sur la langue; il produit souvent des selles assez copieuses au bout de douze ou vingt-quatre heures. Ces évacuations sont habituellement d'un bon augure et n'empêchent pas de continuer les frictions; mais, à moins que l'intensité des accidents ne se maintienne, il y aurait quelquefois de l'inconvénient à ne pas cesser alors l'emploi du protochlorure. Si quelque point devient alors plus douloureux que les autres, les frictions ne s'opposent nullement à ce qu'on se serve des sangsues comme d'un remède intercurrent. Il en est de même de la saignée, en cas que des signes de pléthore se manifestent après coup.

« Quand le calomel n'a point été prescrit, si les intestins paraissent embarrassés, sont le siége de borborygmes; si la langue entière est très-sale, sans être rouge ni à sa pointe ni sur les bords, l'*huile de ricin* ou l'*eau de Sedlitz* factice, à dose purgative, sont très-bien indiquées et hâtent en général la terminaison favorable. Il importe du reste, et, selon moi, il importe beaucoup, que, pendant le cours de ce traitement, la malade soit soustraite aux courans d'air et que la température de son appartement ne soit pas au-dessous de douze à quinze degrés Réaumur. Lorsque toutes ces conditions sont exactement remplies, le

mieux ne tarde pas à se prononcer; l'abdomen perd peu à peu de sa sensibilité, de son volume, de sa tension; les nausées, les vomissemens, disparaissent par degrés, et quelquefois dans les vingt-quatre heures les malades semblent véritablement revenir de la mort à la vie. Dès lors on peut éloigner les frictions et les réduire à un gros (4 grammes); si la salivation se manifeste, il n'y a d'ordinaire plus rien à craindre, et l'on peut cesser tout à fait l'emploi des mercuriaux. »

Suivant M. Velpeau, et contrairement à l'opinion de Laennec, l'apparition de la salivation n'est pas indispensable aux succès du traitement; cependant elle est d'un excellent augure. Quelques femmes, ajoute-t-il, supportent des doses vraiment effrayantes d'onguent mercuriel; plusieurs en ont usé cent quatre-vingts, deux cent quarante, trois cents grammes dans l'espace de quelques jours. D'autres au contraire salivent très-rapidement, beaucoup à la troisième, quatrième, cinquième friction, par exemple. Le même auteur regarde le traitement qui vient d'être indiqué comme propre à combattre également la péritonite compliquée de métrite ou de phlébite utérine, ou la péritonite simple, et l'on peut citer à l'appui de cette opinion une observation de Dance, dans laquelle une péritonite intense, survenue chez un homme, a guéri parfaitement à la suite des frictions mercurielles.

M. Tonnellé (*loc. cit.*), sans accorder aux frictions mercurielles et à l'usage du calomel à l'intérieur un aussi grand degré d'efficacité, en conseille l'usage, car il a vu souvent les frictions mercurielles réussir. Cependant il pense que si, dans les exemples rapportés par les auteurs qui l'ont précédé, il se fût agi de péritonites épidémiques et non de péritonites

sporadiques, les succès eussent été moins fréquens. Mais ce n'est pas là une objection à ce traitement, car nous savons combien le génie épidémique ajoute de gravité à toutes les maladies, et il n'est pas étonnant qu'en pareille circonstance une médication, quelque excellente qu'elle soit, reste sans succès contre la violence extrême du mal. Je pourrais encore citer bon nombre d'auteurs, et en particulier Dance, MM. Guersant, Bonnafous (*Bull. de Thérap.*, 1833), qui ont rapporté des faits en faveur de cette méthode de traitement, mais j'en ai assez dit pour montrer qu'elle ne doit être négligée dans aucun cas.

Vomitifs. Les vomitifs ont été conseillés, et leur emploi remonte à une époque assez éloignée. Willis, A. Petit, et surtout Doucet, médecin de l'Hôtel-Dieu, ont insisté sur leur usage. On sait qu'à l'époque où vivaient ces médecins on regardait l'emploi des vomitifs comme indiqué, lorsque, dans une maladie, les nausées et les vomissemens semblaient annoncer une tendance de l'organisme à se débarrasser, par cette excrétion, d'une substance nuisible. Si nous voulons interroger uniquement l'expérience sur ce point, nous ne pouvons mieux faire que de consulter les observations de M. le docteur Tonnellé (*loc. cit.*). Ce médecin, qui a vu administrer principalement l'*ipécacuanha*, cite onze faits en faveur de cette médication. Mais malheureusement la plupart d'entre eux sont rapportés d'une manière trop abrégée, en sorte que certains symptômes caractéristiques, comme l'extension de la douleur à tout l'abdomen, la douleur vive à la pression, sont fréquemment oubliés; que parfois on ne mentionne pas les vomissemens; en un mot, que le diagnostic

n'est pas toujours établi d'une manière positive. Cependant, parmi ces faits, il en est quelques uns, et en particulier le cinquième et le septième, qui ne laissent pas de doute sous ce rapport, et dans lesquels la médication vomitive a été suivie promptement d'un soulagement marqué et d'une guérison rapide. Il est difficile de dire si l'on peut à quelques signes particuliers reconnaître les cas où cette médication peut avoir de l'avantage. J'ai cité les faits précédens pour engager les personnes convenablement placées à renouveler ces expériences avec toutes les précautions nécessaires. Dans les cas cités par M. Tonnellé, l'ipécacuanha a été donné *à la dose d'un gramme environ*, ce qui n'empêchait pas d'appliquer les sangsues quand on le jugeait nécessaire, et de prescrire des bains, des potions adoucissantes et des potions laxatives.

Purgatifs. Des purgatifs doux ont également été prescrits, malgré l'existence de la diarrhée; mais nous n'avons à ce sujet que des renseignemens trop inexacts pour que nous leur accordions autre chose qu'une simple mention. — Disons seulement que le docteur Gartner recommande l'*huile de ricin*, à la dose d'une cuillerée à thé, toutes les deux, trois ou quatre heures; qu'il y ajoute, dans les cas d'inertie de l'intestin, de deux à quatre lavemens par jour avec de l'*eau chaude et deux cuillerées d'huile de ricin*, et que M. Cruveilhier recommande la potion suivante, après qu'on a mis en usage la saignée, les bains et les injections utérines :

℞ Huile d'amandes douces...........	āā 30 grammes.
— de ricin....................	
Sirop de guimauve...............	

A prendre par cuillerées.

Narcotiques. Les narcotiques, et surtout l'opium, ont été également mis en usage dans la péritonite puerpérale. Il faut administrer cette dernière substance de la manière qui a été indiquée à propos de la péritonite simple. Le docteur Caspari conseille le liniment suivant :

℞ Hydrocyanate de soude..............	1,25	grammes.
Laudanum de Sydenham.............	2,50	grammes.
Axonge...........................	12	grammes.

Faites un liniment que l'on appliquera en frictionnant doucement.

Les moyens thérapeutiques qu'il me reste maintenant à mentionner ont, sans contredit, beaucoup moins d'importance que les précédens. Cependant il en est quelques uns que je dois présenter avec quelques détails à cause de leur réputation.

Essence de térébenthine. En première ligne il faut placer l'*huile essentielle de térébenthine*, que le docteur Brenan (*Thougts on puerp. Fever.*, etc.; London, 1814) et plusieurs autres médecins anglais ont donnée comme le remède le plus efficace contre la péritonite puerpérale. Ces auteurs, parmi lesquels on doit principalement signaler MM. Douglas et Kinneir, ont publié un certain nombre d'observations à l'appui de leur manière de voir. Mais MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de Thérap.*, t. II, p. 593 et suiv.) ont, par une analyse critique de ces divers faits, démontré que le diagnostic y était presque toujours incertain, et que, dans la plupart des cas même, on ne pouvait absolument pas admettre l'existence de la péritonite. Ces deux auteurs n'ont pas dû, en conséquence, regarder comme fondées les assertions des médecins anglais, et on ne saurait nier l'exactitude

de leur critique, qui peut également s'adresser à un fait cité par le docteur Rauch, de Berlin (*Vochenschrift für die gesammte Heilkunde*, n° 36; 1828; extrait dans les *Arch. gén. de Méd.;* janv. 1837). Dans ce cas, avant l'administration de la térébenthine, la douleur du ventre avait cessé d'être générale (en supposant même qu'elle l'eût jamais été, ce qui n'est pas prouvé), elle n'existait plus que dans le côté gauche, et les lochies, un instant supprimées, avaient reparu. Une métrite un peu violente, avec météorisme douloureux, ne peut-elle pas donner lieu à ces symptômes? Et d'ailleurs c'est bien mal choisir le moment d'administrer un remède, que de le donner lorsqu'il est survenu une amélioration évidente. Enfin M. Cruveilhier, cité dans l'article *Péritonite* du *Dictionnaire de Médecine*, nous apprend qu'il a prescrit ce remède à la Maternité, sans en obtenir aucun résultat avantageux.

Quoi qu'il en soit, je dois, pour mettre à même le lecteur de répéter convenablement ces expériences, indiquer ici comment on administre ce médicament. Le docteur Brenan veut qu'on emploie l'essence de térébenthine à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur, il en donne *une cuillerée à soupe*, ou bien 30 grammes dans un verre d'eau sucrée, et renouvelle cette dose une ou plusieurs fois dans la journée si le cas l'exige.

Le docteur Rauch prescrit ce médicament de la manière suivante :

℞ Essence de térébenthine	2 grammes.
Emulsion simple	10 grammes.

M. A prendre sur-le-champ.

Renouveler cette dose toutes les heures, jusqu'à ce que l'améliora-

tion soit très-marquée. Les jours suivans, en continuer l'administration, mais trois ou quatre fois par jour seulement.

La térébenthine administrée ainsi a-t-elle d'autres effets que son effet purgatif? C'est ce qui est très-douteux. MM. Trousseau et Pidoux sont convaincus qu'elle n'en a pas d'autre, et ce qui, outre les considérations précédentes, porte à croire qu'ils sont dans le vrai, c'est que pour rendre l'action de la térébenthine plus forte, on l'a souvent associée à d'autres purgatifs. Le docteur Brenan, en particulier, y joint l'*huile de ricin* et la *teinture de séné.*

L'*application externe* de l'huile de térébenthine se fait tout simplement en frottant légèrement tout le ventre avec un morceau de flanelle imbibé de ce médicament. On y revient à deux ou trois reprises chaque jour. On peut encore mettre en usage les divers linimens composés dans lesquels entre la térébenthine. Suivant le docteur Douglas, cette seule application externe suffirait pour amener la guérison dans beaucoup de cas; mais nous avons vu plus haut la valeur de ses observations. Au reste, nous retombons ici dans la médication révulsive, dont il a déjà été question. Je n'insiste donc pas davantage.

Carbonate de potasse. Suivant MM. Récamier et Brachet, ce médicament serait très-utile dans la fièvre puerpérale; mais les faits nous manquant, nous ne pouvons apprécier convenablement la valeur de cet agent thérapeutique qui, du reste, a peu de partisans. On peut prescrire la préparation suivante :

♃ Carbonate de potasse..............	0,50	grammes.
Potion gommeuse..................	220	grammes.
Sirop diacode......................	15	grammes.

A prendre par cuillerées, d'heure en heure.

Moyens divers. Enfin je me contenterai de mentionner les *lotions d'eau froide pure* (Reuss, Hufeland) ou *camphrée* (Sutton; *voy. Rev. Med.;* 1827); l'application de la *glace* (Lagielski, *Huf. Journ.*, 1826); l'usage du *quinquina*, qui est administré lorsque les forces sont complétement abattues; les divers *sudorifiques*, etc.

Rappel de la sécrétion lactée et des lochies supprimées. Nous avons vu que la suppression de la sécrétion laiteuse et des lochies constituaient des symptômes importans de la péritonite puerpérale. On a donc été naturellement porté à rétablir ces évacuations dans le but d'opérer une diversion salutaire. M. Gasc (*loc. cit.*) a principalement insisté sur ce point. Pour rappeler le lait dans les mamelles on emploie des cataplasmes chauds ou bien des applications de flanelle chaude, ou mieux encore on a recours aux ventouses sèches, aux cataplasmes sinapisés ou à la succion. La plupart des médecins pensent que la succion doit être pratiquée avec les instrumens imaginés pour des cas semblables ou avec la bouche par une grande personne; mais quelques-uns ne craignent pas de faire téter les enfans eux-mêmes, et, suivant eux, il n'en est jamais résulté aucun accident pour ces derniers. Quant au retour des lochies, c'est à l'aide d'un petit nombre de sangsues (de quatre à six) appliquées à plusieurs reprises à la vulve, des topiques indiqués plus haut, d'injections tièdes et aromatiques qu'on a cherché à le déterminer. Il faut reconnaître avec M. Baudeloque que ces moyens n'ont pas une valeur bien grande. C'est, en effet, la violence de l'inflammation qui a suspendu les sécrétions, et ce n'est qu'après avoir modéré l'in-

tensité de la péritonite qu'on peut espérer de voir se rétablir la sécrétion du lait et l'écoulement des lochies, qui alors ont une tendance naturelle à se reproduire. Toutefois il est permis d'admettre qu'en pareille circonstance les moyens précédemment indiqués doivent en favoriser le retour.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE

Epargner au malade, autant que possible, les moindres mouvemens;

Ne point charger le ventre de couvertures, et le protéger avec un cerceau si la pression était intolérable;

Pour régime, diète sévère, tant que la maladie est dans sa vigueur;

Reprendre avec beaucoup de prudence un régime substantiel pendant la convalescence.

Traitement de la péritonite par perforation. Le traitement de la péritonite par perforation ne diffère des précédens que par l'usage plus général de l'*opium à haute dose*, et par quelques autres particularités qui vont être indiquées. Aussi je dois me borner à dire d'abord que les sangsues, les applications émollientes, les frictions mercurielles, etc., doivent être mises en usage comme dans l'affection précédente, avec la précaution de proportionner ces moyens à l'état des forces des malades; car la perforation survenant souvent dans des affections qui ont considérablemeut détérioré la constitution, il serait imprudent, en pareil cas, d'insister beaucoup sur les émissions sanguines. Quant aux moyens thérapeutiques plus particulièrement applicables à cette espèce de péritonite, exposons-les rapidement, en com-

mençant par l'emploi de l'opium à haute dose.

L'usage de l'*opium à haute dose* s'applique à toutes les péritonites par perforation, quel que soit l'organe perforé; mais c'est surtout dans les cas de perforation du canal intestinal qu'on y a eu recours. M. Stokes (*loc. cit.*) a surtout préconisé l'emploi de ce moyen, et depuis qu'il a publié des observations très-intéressantes en faveur de cette médication, d'autres médecins ont rapporté des faits qui viennent en prouver l'utilité. M. Stokes a non-seulement cité des cas de guérison observés par M. Graves et par lui, mais encore il a montré que dans certains autres où le sujet avait fini par succomber, l'emploi de l'opium avait eu pour effet de prolonger les jours des malades. La préparation qu'il emploie est la *teinture d'opium* connue en Angleterre sous le nom de *gouttes noires*, que l'on donne à la dose de *deux ou trois gouttes*, *toutes les heures*, de manière à ce que le sujet en ait pris dans les vingt-quatre heures de quarante-huit à soixante-douze gouttes. En même temps on peut administrer, à moins que la perforation n'ait lieu dans le gros intestin, *un ou deux quarts de lavement avec quinze à vingt gouttes de laudanum*, et appliquer sur l'abdomen des flanelles trempées dans l'eau de guimauve fortement laudanisée. On ne doit nullement craindre un certain degré de narcotisme, car c'est précisément pour obtenir un état marqué de torpeur, et pour prévenir ainsi les mouvemens péristaltiques, aussi bien que les contractions musculaires des parois du ventre, qu'on a recours à cette médication.

Suppression des boissons et de tout médicament ingéré par la bouche, sauf l'opium. Cette partie du

traitement s'applique à tous les cas où l'on a quelque raison de supposer l'existence d'une perforation intestinale ou stomacale; quelle que soit l'intensité de la soif, on ne doit permettre au malade que de se rafraîchir la bouche avec de *petits fragmens de glace* ou le *suc des fruits acides*, comme le citron, l'orange, et encore faut-il leur recommander de rejeter les liquides, et de n'en avaler que la plus petite quantité possible. Le but de cette précaution est facile à comprendre : les liquides qui s'échappent de l'intestin et tombent dans le péritoine étant la cause déterminante de l'inflammation, on doit par tous les moyens chercher à en diminuer l'abondance.

Les mêmes observations s'appliquent aux divers médicamens, et surtout aux *purgatifs* et aux *vomitifs* qui doivent être *entièrement proscrits*, et qu'on doit bien se garder d'administrer, même à une époque assez avancée de la convalescence. On a cité, en effet, des cas où un purgatif ayant été donné intempestivement chez des sujets en voie de guérison, tous les symptômes de la perforation ont reparu avec intensité et ont promptement déterminé la mort. M. Stokes a rapporté un exemple bien remarquable de ce genre.

Immobilité absolue. C'est encore une condition très-importante pour la guérison que de tenir les sujets dans un état d'immobilité aussi absolue qu'il sera possible. C'est surtout dans les efforts de la défécation et du vomissement que les accidens augmentent d'intensité. On devra par conséquent alors employer toutes les précautions imaginables pour rendre le moins violens qu'on le pourra ces mouvemens indispensables, comme c'est dans le but de

les prévenir qu'on a administré l'opium. Dans tous les autres momens, on devra engager les malades à ne faire aucun mouvement, et l'on éloignera d'eux toute cause qui pourrait déterminer la moindre agitation.

L'exploration de l'abdomen doit être faite dans cette grave espèce de péritonite avec plus de précaution encore que dans toutes les autres espèces. Ce n'est qu'avec un ménagement extrême qu'on doit pratiquer la palpation de l'abdomen; et encore, lorsque le diagnostic de la maladie n'est pas douteux, doit-on s'abstenir d'un semblable examen.

Résumé; ordonnances. Tels sont les moyens à opposer à la péritonite, dont la gravité, quoique différente suivant les espèces, n'est pas moins presque toujours fort grande. D'après ce que nous avons dit plus haut, l'emploi des préparations mercurielles, et surtout des frictions avec l'onguent mercuriel dans la péritonite puerpérale, et l'administration de l'opium à haute dose dans la péritonite par perforation, sont, de tous les moyens thérapeutiques qui ont été passés en revue, ceux dont l'expérience nous a fait reconnaître l'efficacité de la manière la plus précise. Dans les autres espèces, c'est aux émissions sanguines, aux émolliens et aux adoucissans qu'on doit avoir principalement recours.

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Dans un cas de péritonite générale aiguë chez un sujet vigoureux, et sans cause organique apparente.

1°. Pour boisson, solution de sirop de gomme, infusion de guimauve, etc.

2°. Saignée générale, renouvelée une ou plusieurs fois, suivant la

résistance du pouls ; application de trente, quarante et même cinquante sangsues disséminées sur le ventre ; réitérer cette application au besoin.

3°. Fomentations émollientes sur le ventre.

4°. Matin et soir, de 3 à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium ; deux quarts de lavement d'eau de guimauve, avec addition de huit à douze gouttes de laudanum.

5°. Diète absolue ; éviter autant que possible tous les mouvemens.

Chez les enfans, on supprimera la saignée générale ; le nombre des sangsues variera de quatre à dix ou douze, suivant l'âge; la dose de l'opium à l'intérieur sera de 2 à 5 centigrammes, et celle du laudanum de deux à quatre ou cinq gouttes.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Dans un cas de péritonite par perforation.

1°. S'il s'agit d'une perforation du tube intestinal, supprimer les boissons, rafraîchir seulement la bouche avec de petits fragmens de glace ou quelques gouttes d'un liquide acidulé. Dans les perforations des autres organes, donner les boissons précédentes ou des boissons acidules.

2°. Toutes les heures, deux ou trois gouttes de teinture d'opium, ou bien, toutes les deux heures, de deux à trois centigrammes d'extrait thébaïque. Deux ou trois fois par jour, un quart de lavement contenant de douze à vingt gouttes de laudanum, sauf dans les cas où la perforation occupe la partie inférieure du gros intestin.

3°. Autant que possible, immobilité absolue.

Je ne crois pas devoir donner d'ordonnances pour le traitement de la péritonite puerpérale, la médication mise en usage par M. Velpeau étant celle que j'adopte, et ayant été exposée plus haut en détail. (*Voy.* p. 491.)

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émolliens; narcotiques; révulsifs.

Dans la péritonite par extension de l'inflammation : traitement propre à la maladie primitive.

Dans la péritonite puerpérale : frictions mercurielles à hautes doses ; ipécacuanha ; légers purgatifs ; essence de thérébentine ; carbonate de potasse ; moyens divers.

Dans la péritonite par perforation : opium à hautes doses ; abstinence de boisson s'il y a perforation du canal intestinal ; immobilité.

ARTICLE II.

PÉRITONITE CHRONIQUE.

La péritonite chronique est une affection qu'on peut considérer comme mieux connue dans son ensemble que la péritonite aiguë, cependant elle a été étudiée plus tard encore que cette dernière. Broussais (*Hist. des phlegm. chroniq.*) a un des premiers insisté avec force sur la nécessité d'étudier avec soin l'inflammation chronique du péritoine ; sous ce rapport il a rendu un service réel à la science ; mais c'est évidemment un tort de regarder les descriptions qu'il a données comme exactes, car, sauf quelques caractères généraux, on ne trouve dans son article rien de précis, surtout relativement aux véritables causes, au développement et à la marche de la maladie, et à l'efficacité des divers traitemens mis en usage. MM. Scoutetten, Gendrin et plusieurs autres n'ont traité avec tout le soin désirable que la partie anatomique. M. Andral a rapporté des exemples intéressans de péritonique chronique ; mais c'est surtout aux recherches de M. Louis que nous devons les détails les plus précis sur la symptomatologie, et les

conditions de développement de cette maladie. M. Louis, il est vrai, n'a décrit que la péritonite qui survient chez les tuberculeux, mais nous allons voir tout à l'heure que c'est sinon uniquement, du moins presque exclusivement chez les tuberculeux, que se produit la péritonite chronique.

Une remarque générale, et qui a une grande importance, quoique le fait ne soit pas assurément bien connu de tout le monde, c'est que, dans le cours de la phthisie, les cas ne sont pas rares où la péritonite chronique se développe à l'état d'inflammation simple, c'est-à-dire en l'absence de productions tuberculeuses sur le péritoine, d'inflammation chronique, ou de tout autre lésion d'un organe abdominal. Ce fait, qu'ont à peine indiqué les autres auteurs, a été parfaitement constaté par M. Louis, et les recherches de MM. Rilliet et Barthez, chez les enfans, l'ont parfaitement confirmé, de sorte que cette inflammation simple, que l'on regarde comme fréquente dans la péritonite aiguë, et que nous avons eu tant de peine à y trouver, nous la rencontrons assez fréquemment dans la péritonite chronique où l'on pense que son existence est très-rare. Il faut toutefois remarquer que ce n'est pas là une inflammation simple spontanée, c'est une de ces inflammations secondaires qui sont sous la dépendance d'une maladie antérieure, sans laquelle elle ne se serait certainement pas produite.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

Presque tous les auteurs ont regardé comme des péritonites chroniques de simples résultats de la péritonite aiguë. C'est ainsi que des fausses membranes

anciennes, gênant plus ou moins le jeu des organes, et occupant une plus ou moins grande étendue de la séreuse abdominale, ont été considérées comme de véritables inflammations chroniques. En cela on a reproduit ce qui a été fait pour l'endocardite chronique; or les réflexions présentées à l'occasion de cette dernière maladie (*voy.* t. III, *Endoc. chron.*) s'appliquent à la péritonite. Il est évident qu'en agissant ainsi on a beaucoup trop étendu le cadre de cette maladie qui doit être définie comme il suit: la péritonite chronique est une affection du péritoine donnant lieu, dans tout le cours de sa durée, à des symptômes inflammatoires dont la marche est lente et continue.

Cette affection a été désignée par quelques auteurs sous les noms d'*inflammation péritonéale*, *inflammation du mésentère*, *inflammation chronique du bas-ventre*. Le nom de péritonite chronique est aujourd'hui généralement employé.

La péritonite chronique n'est point une affection fréquente, mais d'un autre côté elle n'est nullement remarquable par sa rareté, car depuis que l'anatomie pathologique a commencé à fixer nos connaissances sur ce point, on en a recueilli un grand nombre d'exemples, et nous verrons plus loin que dans la phthisie cette maladie se rencontre chez un nombre assez notable de sujets.

§ II. — Causes.

Les causes de la péritonite chronique, si l'on en excepte celles qui produisent la *péritonite tuberculeuse*, n'ont point été étudiées avec tout le soin nécessaire. Dans l'article du *Dictionnaire de Médecine* (t. XXIII, p. 595), voici tout ce qu'on lit à ce sujet:

« L'inflammation chronique du péritoine se présente sous deux formes distinctes : tantôt elle se présente sous la forme chronique, et dans ce cas elle est presque constamment liée à la présence de tubercules dans l'abdomen; tantôt elle succède à une péritonite aiguë, et par conséquent aussi à l'une des nombreuses affections auxquelles cette phlegmasie se rattache. Lorsqu'elle est partielle, elle reconnaît pour cause ordinaire soit une contusion, soit l'inflammation chronique d'un des viscères abdominaux, qui s'est propagée par contiguité à son enveloppe péritonéale. » L'exactitude de cette proposition ne peut être niée, mais elle me paraît beaucoup trop générale, et pour lui donner toute la valeur nécessaire, il faut entrer nécessairement dans quelques détails.

Il est certain que la péritonite chronique se produit principalement sous l'*influence de l'affection tuberculeuse*. M. Louis ne l'a en effet jamais rencontrée que chez des sujets affectés de tubercules (*loc. cit.* p. 270). Dans quelques cas fort rares, on a vu un dépôt de *matière cancéreuse*, à la surface des organes abdominaux ou dans les replis du péritoine, donner lieu à l'inflammation chronique de celui-ci. Ce sont là les péritonites qui, suivant la division de M. Andral, sont *chroniques dès leur début*. Il en est cependant quelques autres, mais très-rares, qui se présentent dès l'abord avec cette chronicité : ce sont des *péritonites partielles* dues aux *inflammations chroniques* des divers organes, à la production de certains *kystes*, *d'abcès*, etc. Je dis que ces péritonites chroniques sont fort rares; dans les cas dont il s'agit, en effet, ce que l'on voit survenir communé-

ment, c'est une *péritonite aiguë* se terminant par des *adhérences* plus ou moins intimes, mais ces adhérences ne constituent pas une inflammation, elles n'en sont que le produit.

Dans d'autres cas, ce qui donne lieu à la péritonite chronique est soit une *perforation* qui a été *promptement limitée* par de fausses membranes, soit une *inflammation très-vive d'un organe* suivie d'une inflammation du péritoine voisin, inflammation qui s'est communiquée au reste de la séreuse. En lisant attentivement les trois premières observations de péritonite chronique rapportées par M. Andral, on y trouve des exemples de ces diverses espèces; toutefois l'existence de la perforation n'y est pas formellement indiquée; mais chez un des sujets les choses se sont présentées de telle manière qu'on ne peut guère douter de son existence. Ces péritonites sont celles qui, *aiguës à leur début*, prennent ensuite le caractère chronique, et voici comment les choses se passent en pareil cas : L'inflammation vive, en se communiquant au péritoine, produit d'abord des symptômes violens, puis cette inflammation venant à se calmer, la sécrétion de fausses membranes et de sérosité plus ou moins altérée continue à se faire dans le péritoine, et la péritonite devient chronique. Il en est de même dans les cas de perforation promptement limitée par les fausses membranes; seulement le foyer qui résulte de l'épanchement du liquide joue le rôle de la vive inflammation viscérale que je viens de citer.

Il s'agirait maintenant de rechercher quelles sont les *causes prédisposantes et occasionnelles* qui, dans les circonstances précédemment mentionnées,

favorisent ou déterminent la production de la péritonite, mais cette étude ne nous conduirait à aucun résultat positif, les recherches n'ont point en effet été dirigées dans ce sens.

§ III. — Symptômes.

Péritonite tuberculeuse. Je crois devoir commencer par exposer les symptômes de cette espèce de péritonite, parce que, comme je l'ai dit plus haut et comme il faut l'avoir bien présent à l'esprit, c'est là l'espèce qui se présente presque toujours à l'observation; or je ne saurais mieux faire que d'extraire des recherches de M. Louis, sur la phthisie, la description générale des symptômes de cette affection. Voici comment s'exprime cet auteur (p. 270) :

« Les symptômes de la péritonite chronique, de cette maladie que je n'ai rencontrée que chez les tuberculeux, passent assez souvent inaperçus, bien que suffisans, comme on le verra tout à l'heure, pour faire connaître avec certitude la lésion à laquelle ils se rattachent.

« A une époque variée de l'affection principale, quelquefois à son *début*, qu'elle conduise à la mort en moins de deux mois ou en plusieurs années, les malades éprouvent les premiers symptômes de la péritonite : une *augmentation de volume du ventre* indiquée par la gêne qu'ils ressentent dans leurs vêtemens s'ils ne gardent pas le lit, ou bien une *douleur abdominale* peu vive et quelquefois universelle, quelquefois l'une et l'autre à la fois. La douleur *augmente par la pression* et la *percussion*, est indépendante de la diarrhée, qui n'existe pas toujours, à beaucoup près, au moment où elle se

développe, et qui s'accompagne d'ailleurs de souffrances très-différentes de celles de la péritonite. Plus tard, après un espace de temps qui varie beaucoup, le médecin appelé près du malade peut constater l'existence d'une *fluctuation* ou d'un *météorisme* plus ou moins considérable de l'abdomen.

« Après avoir augmenté pendant quelque temps, *la fluctuation diminue*, puis *disparaît* entièrement, tandis que le météorisme persiste. Dans le cas où il s'est montré au début sans épanchement appréciable, le météorisme *diminue après un certain temps*, et alors la tension du ventre est plus marquée, les circonvolutions intestinales s'y dessinent, l'abdomen est comme bosselé, offre une élasticité très-résistante, alors même que les muscles qui l'enveloppent sont dans le relâchement le plus complet. Les *nausées* et les *vomissemens* sont rares, si ce n'est dans les derniers temps de l'affection, quand une *péritonite aiguë* vient compliquer l'état déjà si pénible des malades.

« Dans quelques cas, ces accidens aigus n'ont pas lieu; le malaise n'en est pas moins extrême, les malades ne s'occupent que de leur ventre, ne parlent que de lui, tandis que dans d'autres cas où le désordre est tout aussi considérable, le ventre est *constamment indolent*, même à la pression, et n'offre pour tout symptôme qu'un excès de volume et un certain degré de fluctuation, *l'urine n'étant pas albumineuse*, et le malade n'ayant pas éprouvé jusque là les symptômes d'une maladie organique du foie. »

Tels sont les symptômes de la péritonite tuberculeuse. Ils sont tellement caractéristiques, quoique, au premier abord, on puisse être frappé de leur peu

d'intensité, que plusieurs fois ils ont pu faire diagnostiquer l'existence de tubercules pulmonaires, qui ne donnaient lieu à aucun signe appréciable du côté de la poitrine. M. Louis en a rapporté des exemples, et le docteur Jackson (*A Memoir of Jam. Jackson;* Boston, 1835) en a recueilli dans le service de ce médecin qui l'ont vivement frappé, comme il le dit à plusieurs reprises dans ses notes, recueillies par son père. J'ai observé un cas du même genre à l'hôpital de Lourcine chez une femme dont rien, du côté des organes thoraciques, ne pouvait faire soupçonner l'existence d'une phthisie pulmonaire, et qui cependant avait des granulations tuberculeuses dans les deux poumons; mais ces granulations, en nombre peu considérable, n'étaient point agglomérées et n'avaient donné lieu à aucun phénomène d'auscultation et de percussion. C'est ainsi que s'étaient passées les choses dans les cas observés par M. Louis.

En ajoutant à cette description le *craquement* senti par l'application de la main sur le ventre chez certains sujets, et qui a été signalé par le docteur Bright, nous aurons tout ce qu'il importe de connaître de la symptomatologie de la péritonite chronique; car l'état des organes thoraciques, de l'appareil digestif, de la circulation, etc., que les auteurs ont présenté dans leur description générale, se rapporte, non à la péritonite chronique, mais bien à l'affection sous la dépendance de laquelle elle s'est produite, c'est-à-dire, dans l'immense majorité des cas, à la phthisie pulmonaire.

La *péritonite chronique cancéreuse* présente à peu près les mêmes symptômes, et ce n'est qu'en étudiant

l'état des divers organes où peut s'être développé le cancer qu'on reconnaît la nature de la maladie; toutefois il est quelques-uns des phénomènes précédens, comme la diarrhée et les sueurs, *qui n'existent point;* mais je reviendrai sur ces nuances importantes à l'occasion du diagnostic.

Les *péritonites générales aiguës à leur début*, et devenues ensuite chroniques, présentent, lorsqu'elles sont arrivées à ce dernier état, des phénomènes semblables à ceux de la péritonite tuberculeuse, sauf que les *symptômes pectoraux manquent*, à moins de complication, et que la diarrhée colliquative, les sueurs nocturnes sont généralement *moins marquées.* Toutefois je ne donne ces signes qu'avec de grandes restrictions, car il reste encore beaucoup à faire pour lever tous les doutes qui résultent de l'insuffisance des faits. En définitive, ce qui distingue particulièrement ces péritonites, c'est l'existence de symptômes aigus, violens, et limités à un point du ventre au début de la maladie.

Enfin les *péritonites chroniques partielles* se reconnaissent à la douleur locale, à la tuméfaction du ventre, et elles se distinguent des précédentes principalement par l'existence de la lésion organique à marche chronique qui leur a donné naissance.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

« Les symptômes qui viennent d'être décrits, dit M. Louis (p. 271), continuent en plus ou moins grand nombre jusqu'à la mort, au moins le plus ordinairement; car chez quelques sujets dont la maladie a une marche très-chronique, après d'assez longues souffrances du côté du ventre, les symp-

tômes de la péritonite disparaissent, et on n'observe plus d'accidens que du côté de la poitrine. Le liquide épanché dans l'abdomen peut être résorbé facilement dans l'espace de sept à huit jours, et l'on est tout étonné, dans quelques cas, de ne pas trouver, à l'ouverture du corps, une goutte de sérosité dans l'abdomen, d'y voir, au contraire, des adhérences nouvelles au moyen de fausses membranes encore assez molles, chez des sujets qui avaient offert quelques jours auparavant une fluctuation manifeste de l'abdomen. »

Nous trouvons là la *marche* et les *terminaisons* de la péritonite chronique; mais il faut ajouter que, comme toutes les inflammations secondaires, la péritonite chronique a une influence fâcheuse sur la marche de la maladie principale, et qu'elle tend à hâter la terminaison funeste. Quant à sa *durée*, elle est extrêmement variable, et il serait impossible de la limiter : elle peut être d'un ou deux mois, et se prolonger pendant une année et plus.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* ont été étudiées avec un très-grand soin; mais je dois me borner à en donner ici un résumé très-rapide. On trouve dans le péritoine un épanchement de sérosité plus ou moins considérable. Le liquide est plus ou moins chargé de flocons albumineux; parfois il contient une certaine quantité de pus, et chez quelques sujets on trouve du pus parfaitement reconnaissable. Quant au sang, aux diverses matières étrangères, telles que les matières fécales, la bile, etc., qu'on a regardées comme appartenant à la péritonite chronique, on doit les

ranger dans les lésions de la péritonite aiguë, sauf dans quelques cas très-rares.

Des fausses membranes souvent très-abondantes, réunissant tout le paquet intestinal, de manière à ce qu'il soit difficile d'en reconnaître toutes les parties, se montrent fréquemment à l'autopsie. Parfois, au contraire, ces fausses membranes sont disséminées et minces. Sous ce rapport il y a de très-grandes différences suivant les cas. La consistance de ces pseudo-membranes est également très-variable. Chez certains sujets on en trouve de molles et de jaunâtres en certains points, tandis qu'ailleurs elles sont épaisses, blanches et fermes, et qu'ailleurs encore elles sont purement celluleuses.

Une des lésions les plus remarquables est sans contredit le dépôt dans les fausses membranes, soit de granulations dont l'apparence n'a nullement l'aspect tuberculeux, et qui ont été regardées par M. Scoutetten (*loc. cit.*) comme des concrétions fibrineuses, soit de véritables tubercules arrondis, saillans, friables. Dans quelques cas même on trouve une partie de la fausse membrane complétement transformée en matière tuberculeuse. Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, on y a trouvé de la substance mélanique. Les granulations indiquées plus haut sont quelquefois tellement abondantes, que la surface de la fausse membrane en est toute parsemée, ce qui lui donne un aspect rugueux.

Comme on le voit, le dépôt de matière tuberculeuses dans les pseudo-membranes est surtout digne de remarque; mais il ne faut pas croire que ce dépôt soit constant; et comme, d'un autre côté, les tubercules sous-péritonéaux sont loin d'être fréquens dans

les cas de péritonite tuberculeuse, il en résulte, ainsi que l'a fait remarquer M. Louis, que la péritonite chronique des tuberculeux n'est autre chose qu'une lésion inflammatoire due « à une cause spéciale à laquelle l'intensité et la durée du mouvement fébrile viennent sans doute se joindre, comme cela a lieu pour les maladies aiguës, dans un certain nombre de cas. » J'ai déjà dit que les choses se passent de la même manière chez les enfans, comme il résulte des observations de MM. Rilliet et Barthez.

Pour compléter ces indications des lésions du péritoine, je me contenterai de mentionner les colorations en rouge-brun ou noirâtre de la membrane ou du tissu sous-jacent, les taches grisâtres qu'elle présente, son épaississement et celui du tissu qui la double, l'induration de ce dernier, son infiltration par divers liquides, la destruction du péritoine par des ulcérations diverses dans quelques cas fort rares, enfin la dilatation de certaines parties de l'intestin, l'épaississement de ses parois, son raccourcissement, d'où résulte un aspect valvulaire de toute sa muqueuse, et les diverses lésions organiques qui ont été l'origine de la péritonite.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

C'est encore à M. Louis que nous devons emprunter les documens propres à préciser le diagnostic de cette affection. Voici d'abord comment cet auteur (*loc. cit.*, p. 295) pose le diagnostic positif de la péritonite chronique et tuberculeuse :

« L'existence de cette affection serait, dit-il, suffisamment établie chez un sujet qui aurait éprouvé

dans l'ordre que je vais indiquer, et pendant un espace de temps variable, l'ensemble des symptômes suivans :

« 1° Des douleurs de ventre ordinairement universelles et peu vives quoique très-incommodes, et sans diarrhée;

« 2° Une augmentation de volume et de sonorité du ventre, bientôt accompagnée d'une fluctuation manifeste, quand d'ailleurs il n'existe et n'a existé aucun symptôme d'une maladie organique des viscères de l'abdomen, du foie en particulier, des reins et du cœur;

« 3° Le retrait plus ou moins rapide ou lent de l'épanchement à la suite duquel le ventre, légèrement et universellement météorisé, laisse apercevoir les circonvolutions de l'intestin distendues par suite de la difficulté avec laquelle les matières qu'il contient en parcourent les sinuosités;

« Le tout accompagné d'un affaiblissement dont on ne se rend compte ni par l'état apparent des poumons, ni par les excrétions qui n'offrent rien de remarquable dans leur abondance. »

Si nous cherchons maintenant les affections avec lesquelles on pourrait confondre la péritonite chronique, nous ne voyons guère que la même inflammation due au développement de la *matière cancéreuse* dans la cavité abdominale qui puisse donner lieu à cette erreur. Or voici encore, suivant M. Louis, comment on parvient à les distinguer :

« Cette dernière affection (la *péritonite cancéreuse*) est accompagnée de bien moins de fièvre que la péritonite tuberculeuse; elle ne se montre pas aux mêmes époques de la vie; la diarrhée et les

sueurs ne l'accompagnent pas; elle se développe consécutivement au cancer de quelque organe dont les fonctions plus ou moins altérées doivent mettre sur la voie; et si ces différences ne peuvent toujours empêcher de confondre ces deux affections, elles doivent exciter au moins le doute, et rendre en définitive l'erreur dificile. J'ajoute que la péritonite tuberculeuse est beaucoup plus fréquente que la péritonite chronique qui reconnaît pour cause le cancer; que les tubercules et les cancers se développent bien rarement chez les mêmes sujets; nouveaux moyens, en procédant avec circonspection, en étudiant avec soin les différens organes, d'éviter la confusion. »

J'ai suffisamment indiqué, quoique d'une manière rapide, les signes propres à faire reconnaître les autres espèces de péritonite chronique; il serait inutile d'y revenir ici : ajoutons seulement qu'il est souvent très-difficile de diagnostiquer les *péritonites chroniques partielles*, qui échappent même assez fréquemment à l'observation.

Pronostic. Le pronostic de la péritonite chronique générale, quelle que soit sa cause, est toujours extrêmement grave. Lorsqu'on voit survenir cette inflammation dans le cours de la phthisie pulmonaire, on doit craindre que la marche de cette dernière n'en soit considérablement accélérée. Lorsqu'elle se manifeste en l'absence de tout symptôme du côté des autres organes, on est autorisé, par l'expérience, à annoncer le développement de tubercules dans les poumons; et enfin, même dans les cas où après avoir commencé d'une manière aiguë, l'inflammation du péritoine prend une marche chronique, on doit

s'attendre presque infailliblement à une terminaison mortelle.

§ VII. — Traitement.

Le *traitement* de la péritonite chronique a été fort peu étudié, et on en trouve facilement la raison, car, d'une part, nous avons vu que la lésion était presque constamment secondaire, et quelle se manifestait dans le cours de maladies extrêmement graves qui absorbent l'attention du médecin, et, d'autre part, nous savons que la péritonite chronique tend presque invinciblement à une terminaison funeste, ce qui n'a point engagé les médecins à employer autre chose que de simples *palliatifs*. Il doit donc me suffire de présenter une énumération rapide des moyens propres à diminuer l'intensité du mal, et son influence sur la marche de l'affection principale.

Quoique les symptômes inflammatoires soient peu intenses, on ne doit pas hésiter à mettre en usage, surtout à une époque rapprochée du début, quelques moyens *antiphlogistiques*. Ainsi des *sangsues*, au nombre de huit ou dix, et plus encore, si les forces du malade le permettent, seront appliquées sur l'abdomen, qu'on couvrira ensuite de *fomentations émollientes* ou de *cataplasmes* si le malade peut les supporter. On a conseillé encore les bains; mais il faut prendre garde, d'un côté, que les mouvemens n'augmentent les douleurs, et, de l'autre, que le refroidissement, auquel le malade peut être exposé en sortant du bain, ne vienne aggraver son état général. Dans certains cas la péritonite chronique prend un degré marqué d'acuïté; alors on doit insister davantage sur ces moyens.

L'*opium* et les divers narcotiques aux doses ordinaires sont prescrits avec des avantages réels; on doit surtout ordonner les lavemens laudanisés, qui ont le double avantage de calmer les douleurs abdominales et de combattre la diarrhée, souvent si abondante, des phthisiques.

C'est surtout contre la péritonite chronique qu'on a dirigé les *vésicatoires*, les *cautères*, les *moxas*, les *frictions irritantes* sur l'abdomen; mais les conditions dans lesquelles on peut avoir recours à cette médication douloureuse se rencontrent bien rarement. Il faudrait, en effet, qu'il n'existât aucune excitation fébrile, et nous savons que la péritonite, aussi bien que la maladie principale, ont pour effet de déterminer un mouvement de fièvre plus ou moins intense. Au reste, il faut ajouter que, dans les observations, rien ne prouve qu'on ait tiré un parti vraiment utile de l'emploi de cette médication.

Cette dernière réflexion s'applique à l'usage des *frictions mercurielles* ou *iodurées*. Ces moyens cependant peuvent être mis en usage, mais avec prudence. Il faut remarquer, relativement aux frictions mercurielles, que, loin de chercher à produire la salivation, on doit les suspendre dès qu'on s'aperçoit que la bouche se prend.

Enfin j'indiquerai seulement les *bains sulfureux* et *alcalins*, dont les effets sont très-hypothétiques, et je terminerai en disant qu'après les moyens antiphlogistiques précédemment indiqués, ce qui convient le plus au malade, c'est le *repos absolu*, de manière à éviter tous les mouvemens qui ne sont pas indispensables, un *régime* doux, léger, sans être très-sévère, et particulièrement la *diète lactée*. On

voit assez souvent, sous l'influence de ces moyens simples, les symptômes si incommodes de la péritonite, sinon disparaître, au moins s'amender de manière à devenir supportables.

Quelquefois, suivant M. Chomel (article *Périt.* du *Dict.* de *Méd.*), on voit des collections purulentes, qui se sont formées dans le péritoine, tendre à se faire jour au dehors, soit à travers les parois, soit du côté des intestins, de la vessie ou du vagin.

« Dans le premier cas, on pourra, dit cet auteur, à l'aide des *caustiques* ou du *bistouri*, préparer ou frayer une issue au pus; dans les autres, on devra, par une *pression méthodique*, par des *injections* ou des *douches*, déterger le foyer où s'est formé le pus, et aider au rapprochement et à l'adhésion de ces parois. » — Il faut reconnaître que les cas où l'on est appelé à suivre ces conseils sont excessivement rares.

ARTICLE III.

ASCITE.

L'hydropisie ascite est une maladie dont les signes sont trop facilement appréciables pour qu'elle ait pu être inconnue même dans les premiers temps de la médecine. Aussi voyons-nous déjà dans Hippocrate (*de Morb.*, lib. IV, § 33, 34; *de Affect.*, § 21, etc., etc.) une foule de passages dans lesquels sont décrits les symptômes de l'ascite, où sont exposées les principales circonstances au milieu desquelles cette affection prend naissance, et enfin où l'on trouve un traitement assez riche de cette espèce d'hydropisie. Galien, qui le premier a cherché à établir une divi-

sion régulière dans l'ascite, a également beaucoup insisté sur cette affection. Celse (*de Re medic.*, lib. III), Arétée (*de Signis et Caus. morb. diuturn.*, lib. II), et après eux une longue série de médecins de tous les âges, ont tracé d'une manière plus ou moins détaillée l'histoire de cette grave maladie.

Dans toutes ces descriptions les signes extérieurs, la marche de l'affection dans les principales circonstances, les accidens qu'elle peut présenter, sont généralement assez bien appréciés; mais ce qu'il était important d'établir, et ce qui ne pouvait être établi que par les recherches modernes, ce sont les diverses causes organiques qui donnent naissance à l'ascite, et qui font de ses diverses catégories autant d'espèces très-différentes. Les anciens évidemment ne pouvaient avoir sur ce point que des idées très-confuses. On savait il est vrai, d'une manière générale, et Hippocrate déjà l'avait indiqué formellement, que les tumeurs du foie et de la rate étaient fréquemment suivies de l'accumulation de la sérosité dans la cavité abdominale; mais parmi les altérations de ces deux organes, quelles sont celles qui déterminent particulièrement l'hydropisie? par quel mécanisme lui donnent elles naissance? et enfin quelles sont les autres conditions organiques qui produisent l'ascite? c'est ce que l'on ignorait complétement.

A l'époque où sous la direction de Morgagni l'anatomie pathologique commença à faire ses plus grands progrès, ces idées, nécessairement vagues, prirent plus de précision; mais il fallait arriver aux recherches intéressantes de MM. Bouillaud, Reynaud, Andral, Bright, et plusieurs autres, que j'aurai occasion de citer dans le cours de cet article, pour que

l'histoire de l'hydropisie ascite prît un haut degré d'exactitude. Sans doute il reste encore aujourd'hui plusieurs points qui demandent de nouvelles recherches pour être éclaircis; mais l'assertion précédente n'a rien d'exagéré relativement à la plus grande partie des faits intéressans que va nous présenter la description de cette maladie.

On a proposé bien des divisions : les plus célèbres sont celles de Sauvages et de Cullen. Celle de Sauvages, qui admet vingt-huit espèces d'ascites, est fondée sur des nuances si légères et de si peu d'importance, qu'il serait complétement inutile de la faire connaître ici. Quant à Cullen, il établit trois espèces principales d'ascite abdominale, qu'il distingue bien de l'hydropisie enkystée. La première espèce d'hydropisie abdominale est celle qui est causée par l'*engorgement des viscères*, la seconde est celle qui est occasionnée *par débilité*, et elle comprend l'hydropisie *arthritique*, *scorbutique*, *exanthématique;* enfin la troisième, qui est due à la *ténuité du sang*, survient après les hémorrhagies abondantes ou répétées. On voit que Cullen ne reconnaissait pas d'ascites sthéniques. Cette espèce a été signalée par MM. Boisseau (*Nosologie organique*, 1828), Bouillaud (*Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, t. III), Dalmas (*Dict. de méd.*, art. *Ascite*), et plusieurs autres.

Les auteurs du *Compendium* proposent la division suivante : 1° *Ascite idiopathique aiguë;* 2° *A. idiopathique subaiguë;* 3° *A. idiopathique asthénique;* 4° *A. consécutive ou métastatique, aiguë ou subaiguë;* 5° *A. symptomatique de l'inflammation péritonéale;* 6° *A. symptomatique d'un obstacle à la*

circulation veineuse; 7° *A. symptomatique d'une dégénérescence des reins;* 8° *A. symptomatique d'un état séreux du sang.*

Je ne dois point entrer ici dans un examen critique de cette division, d'autant plus que les auteurs ne l'ont adoptée que dans le but de rendre plus facile l'étude de la maladie; s'il en eût été autrement, ils auraient eu recours à une division beaucoup plus simple, ainsi qu'ils le disent eux-mêmes, et c'est précisément cette division qui me paraît devoir être adoptée. « Nous signalerions, disent-ils, seulement trois espèces d'ascite : 1° Une ascite par *irritation* sécrétoire portant sur la séreuse abdominale; 2° une ascite par *obstacle à la circulation veineuse* dans les vaisseaux de la veine-porte ou même dans ceux de la veine-cave; 3° une ascite par *modification pathologique des qualités du sang.* » Quand j'aurai exposé ce que nous savons relativement aux causes de la maladie, on verra, en effet, que toutes les espèces d'ascite peuvent se ranger facilement sous ces trois chefs. J'ajoute, au reste, que ces divisions n'ont pas toute l'importance quelles paraissent avoir au premier abord; car, sauf l'ascite à laquelle on a donné le nom d'aiguë, de sthénique, d'hydropisie par irritation sécrétoire, etc., il n'en est guère qui présentent des indications particulières bien précises sous le point de vue du traitement, c'est-à-dire sous le rapport pratique. Je le répète, c'est surtout dans le paragraphe consacré aux causes que j'aurai à m'occuper de ces diverses variétés de l'hydropisie ascite.

§ Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne aujourd'hui le nom d'ascite à toute ac-

cumulation de sérosité dans le péritoine, mais dans le péritoine seulement. De cette manière on écarte les *hydropisies enkystées*, qui autrefois faisaient partie de l'ascite.

On a donné encore à cette affection les noms d'*hydropisie du bas-ventre*, *ascite péritonéale*, *hydropéritoine*, *hydroabdomen*, *hydrogastre*.

L'ascite ne doit pas être rangée parmi les maladies qui ont une grande *fréquence;* mais elle est loin d'être une maladie rare, car il n'est point de médecin qui n'ait assez souvent l'occasion de l'observer, et nous avons vu, dans plusieurs des articles précédens, qu'il est un assez bon nombre de maladies organiques de l'abdomen qui lui donnent naissance.

§ II. — Causes.

Les causes de l'ascite sont assez difficiles à présenter. On ne peut pas, en effet, se contenter de les diviser en causes prédisposantes et en causes occasionnelles, car il y a des conditions organiques qui tiennent une grande place dans cette étiologie; et, d'un autre côté, les causes de certaines espèces sont tout à fait différentes de celles des autres. Exposons d'abord d'une manière générale ce qui peut être dit de plus précis relativement aux causes prédisposantes et occasionnelles; nous passerons ensuite aux conditions organiques qui sont de beaucoup les plus importantes.

1°. *Causes prédisposantes.*

Il est impossible d'indiquer d'une manière générale l'influence de l'*âge;* il faut nécessairement éta-

blir des distinctions. C'est ainsi que nous voyons l'âge mûr ou l'âge avancé présenter le plus grand nombre de cas d'ascite par *engorgement chronique* ou *lésions organiques des divers* viscères de l'abdomen, et l'enfance, au contraire, offrir presque exclusivement des exemples d'ascite survenue à la suite des *fièvres exanthématiques*. Quant au *sexe*, nous ne connaissons rien de positif à ce sujet, si ce n'est que les femmes présentent parfois, pendant leur *grossesse*, des épanchemens séreux du péritoine, coïncidence sur laquelle M. Ollivier, d'Angers, nous a donné de précieux renseignemens (*Arch. gén. de Méd.*), et dont il sera question plus tard.

Il est impossible de rien dire de précis sur l'influence de la *constitution* et du *tempérament*, car il faudrait d'abord savoir quelle est cette influence sur les diverses affections organiques qui président au développement de l'ascite. Il n'en est pas tout à fait de même relativement aux *conditions hygiéniques*. Depuis les premiers temps de la médecine, on a remarqué que les individus qui vivent dans des *lieux humides*, *mal aérés*, et qui ont une *nourriture malsaine*, sont sujets à l'ascite. Sans doute ces causes n'agissent qu'après avoir développé une des conditions organiques que nous indiquerons plus loin; mais elles n'en remplissent pas moins en définitive le rôle de cause prédisposante. On pourrait encore citer sous ce point de vue les *fièvres intermittentes* fréquentes et prolongées, à la suite desquelles se développent des hydropisies sur lesquelles Hippocrate a particulièrement insisté, et dont j'aurai à reparler à propos des conditions organiques.

2°. *Causes occasionnelles.*

Les causes occasionnelles sont variables suivant les espèces d'ascites. L'ascite qu'on a appelée *aiguë, sthénique, idiopathique*, peut être occasionnée par une *violence extérieure*, un *coup*, une *chute* sur le ventre, et on peut alors lui donner le nom de *traumatique*. Mais cette ascite traumatique peut être produite aussi d'une manière indirecte. On a, en effet, cité des cas, et à l'article consacré aux maladies de la rate, j'en ai rapporté un remarquable, où la violence extérieure a eu pour effet, non de produire immédiatement une sécrétion abondante de sérosité dans le péritoine, mais de donner lieu à l'*engorgement chronique*, soit du foie, soit de la rate, qui, à son tour, a été plus ou moins promptement suivi de l'épanchement de sérosité.

C'est à l'ascite sthénique et idiopathique que se rapportent presque exclusivement certaines causes, comme le *refroidissement*, le corps étant en sueur, la *suppression d'un flux* quelconque, l'influence de violens *mouvemens de colère*, etc.; mais je n'insiste pas sur ces causes, parce que, d'une part, dans bien des cas, on n'a pas pu faire les recherches nécessaires, ainsi que le fait très-bien remarquer M. Dalmas, pour s'assurer qu'il n'y avait aucun obstacle à la circulation, et que, de l'autre, ces divers points d'étiologie ont été étudiés très-légèrement.

On voit parfois survenir chez des individus *convalescens de la scarlatine* une ascite qui présente les caractères de l'ascite sthénique. On a attribué

alors aux influences de la *température* une très-grande importance; mais c'est un point sur lequel je reviendrai à l'occasion de cet exanthème.

A la suite d'*hémorrhagies* très-abondantes et multipliées, on a vu quelquefois survenir l'ascite; ici les pertes de sang étaient évidemment causes occasionnelles.

Je ne dois pas insister davantage sur cette partie de l'étiologie de l'ascite, ni indiquer d'autres causes occasionnelles, comme la *suppression de l'urine*, signalée par Rivière (*Prax. med.*, lib. XI, *de Hydrope*), l'*abus des boissons aqueuses*, etc., parce que les faits nous manquent complétement pour apprécier les assertions des auteurs anciens à ce sujet.

3°. *Conditions organiques.*

C'est ici surtout que nous devons suivre la division qui a été établie plus haut. Et d'abord recherchons quelles sont les conditions organiques dans lesquelles se produit la maladie à laquelle on a donné le nom d'ascite *idiopathique.*

Ascite idiopathique. Nous avons vu plus haut qu'on a élevé des doutes sur l'existence même de cette espèce, et il faut convenir que les observations rapportées par les auteurs ont été prises avec assez de négligence pour motiver ces incertitudes. Laissons donc la question indécise, et contentons-nous d'indiquer les opinions émises sur les causes organiques de ces ascites, qui, suivant la plupart des médecins, n'en connaissent pas d'autre qu'une altération du péritoine lui-même. Quelle est cette altération? Pour répondre, il faut nécessairement tenir compte de la division de l'ascite en *sthénique* et *asthénique.* Dans

la première on a invoqué l'existence d'une *irritation aiguë* ou *suraiguë* du péritoine, et l'on s'est fondé principalement sur ce que quelques symptômes d'inflammation commençante, comme la douleur et un certain degré d'excitation générale, ont marqué le début de l'ascite. Mais rien ne prouve qu'il y eût réellement, dans tous les cas de ce genre, même un commencement d'inflammation. Dans un cas rapporté par M. Andral (*Clin.*, t. II, p. 671), entre autres, nous ne voyons autre chose qu'une sécrétion très-rapide qui n'a pu se faire dans une cavité fermée sans occasionner un trouble douloureux des organes. Quant à la simple irritation, c'est un mot pour expliquer le fait d'une supersécrétion notable, et quoique cette explication paraisse très-satisfaisante, il ne faut pas oublier qu'elle ne constitue pas une démonstration réelle. Au reste, nous ne trouvons dans tout cela rien qui nous apprenne quelles sont les modifications survenues dans le péritoine ou du moins dans le tissu sous-jacent. Depuis longtemps tout ce qu'on a dit relativement aux *vaisseaux* absorbans et exhalans est regardé comme non avenu, en sorte qu'il serait inutile d'en parler ici.

Si maintenant nous voulions exposer les conditions organiques de l'*ascite idiopathique asthénique*, nous serions encore bien plus embarrassés, ou plutôt ce que nous aurions à dire, c'est qu'on les ignore complétement. Mais a-t-on établi d'une manière positive l'existence même de cette espèce d'ascite? Si l'on examine les faits avec quelque attention, on voit qu'aux époques où elle a été admise, on ne savait pas que quelques altérations particulières des veines, des reins, du sang, donnent naissance à l'as-

cite, et que, n'ayant pas appris à découvrir ces altérations, on regardait l'épanchement de sérosité comme une simple lésion sécrétoire. Aujourd'hui on ne pourrait pas citer un exemple d'ascite dite *asthénique* dans laquelle, après une exploration très-attentive, on n'ait découvert aucune des altérations que je viens d'indiquer. Cette question ne doit donc pas nous arrêter plus long-temps.

Ascite mécanique. C'est celle qui résulte d'un obstacle à la circulation ou d'un trouble notable dans l'accomplissement de cette fonction. Depuis long-temps les ascites dépendantes d'une *affection du cœur* avaient été signalées, et nous avons vu dans le troisième volume de cet ouvrage que la condition anatomique qui donne lieu le plus souvent à l'épanchement de sérosité dans le péritoine est un *rétrécissement des orifices*. Dans l'histoire des *Maladies du Foie*, j'ai dit comment les tumeurs et les dégénérescences de cet organe donnent lieu à l'ascite. Les tumeurs des autres organes avoisinant les troncs veineux peuvent occasionner cette maladie. L'*oblitération des veines* produit cet effet, lorsqu'elle a lieu par quelque cause que ce soit. C'est ce que M. Bouillaud a parfaitement démontré (*voy. Arch. gén. de Méd.*, 1re série, t. II et V), et par là il n'a pas peu contribué à restreindre le nombre des ascites regardées comme idiopathiques et essentielles. Dans une maladie du foie, la *cirrhose*, nous avons vu l'ascite se montrer presque constamment, et il semble au premier abord qu'on ne trouve pas, en pareil cas, d'altération anatomique qui rentre dans la catégorie que je viens d'indiquer. Mais le rétrécissement de la veine-porte, la compression et l'effacement de ses

radicules, qui ont été si bien démontrés dans les recherches modernes, nous ont fait voir que les choses se passent dans ces cas comme dans les précédens. Je pourrais multiplier ces considérations, mais qu'il me suffise de dire que partout où le sang veineux trouve de la difficulté à circuler, il tend à se débarrasser de sa sérosité dans les parties où il est forcé de s'accumuler, et de là l'ascite aussi bien que l'œdème.

Ascite par altération du sang. C'est encore là un sujet très-délicat à traiter, car les recherches modernes, si intéressantes d'ailleurs, sur les altérations du sang dans les maladies, ne sont pas encore assez complètes sur ce point. Avant ces dernières années, on se contentait de dire qu'un sang trop séreux était une condition organique sous l'influence de laquelle se produisait facilement l'ascite. MM. Andral et Gavarret (*voy. Recherches sur les Mod. de prop. de quelques princ. du Sang;* Paris, 1840, et *Essai d'Hématologie;* Paris) ont été beaucoup plus loin, et étudiant les modifications des diverses parties constituantes du sang, sont arrivés à ce résultat que, dans des maladies où l'on n'avait constaté que l'état séreux de ce liquide, la condition organique qui seule pouvait donner lieu à l'hydropisie était *la diminution de l'albumine du sérum.* C'est surtout ce qui est remarquable dans la *maladie de Bright*, où les épanchemens séreux sont si fréquens et si abondans.

Faut-il conclure de cela que, dans toutes les ascites où nous devons croire à l'existence d'une maladie du sang, la diminution de l'albumine est une altération constante et essentielle? Il serait sans

doute prématuré de poser une conclusion aussi générale et aussi absolue avant la démonstration directe; mais les auteurs que je viens de citer ont si bien prouvé l'insuffisance de l'augmentation seule de la sérosité ou de la diminution des divers autres matériaux du sang pour produire les hydropisies, qu'il est permis de regarder leur manière de voir comme extrêmement probable. Disons cependant que les ascites dans lesquelles cette opinion n'a pas encore la sanction de l'expérience, sont celles qui surviennent dans la *fièvre intermittente*, dans la *scarlatine*, dans les *débilitations* par une nourriture insuffisante, insalubre, par l'habitation dans un lieu malsain, etc. Il n'est pas douteux que les recherches qui se poursuivent avec ardeur sur ce sujet important ne viennent bientôt nous apporter de nouvelles lumières. En attendant, j'ai dû me borner à indiquer d'une manière générale l'état actuel de nos connaissances sur ce point.

§ III. — Symptômes.

Début. L'ascite a un début variable suivant ses différentes espèces, et c'est un point important à considérer. J'ai déjà dit que dans certaines hydropisies du péritoine, désignées sous le nom de *sthéniques* ou *par irritation*, on remarque, dans les premiers temps de la maladie, des douleurs qui parfois sont assez vives; c'est dans des cas de ce genre qu'il a été admis que l'ascite est consécutive à des symptômes de péritonite. Dans tout autre cas, l'accumulation de sérosité dans la cavité abdominale se fait sans douleur appréciable; cela est si vrai, que la plupart des malades ne s'aperçoivent de l'accroissement de vo-

lume du ventre qu'à une époque assez avancée, et lorsque leurs vêtemens deviennent trop serrés. Il n'est pas de médecin qui n'ait vu des exemples de ce genre dans sa pratique. Une autre circonstance qu'il ne faut pas négliger de noter, c'est que tantôt l'apparition de l'ascite a lieu sans qu'il y ait aucun signe d'hydropisie dans les autres parties du corps, et tantôt les membres inférieurs, et plus rarement les membres supérieurs et la face, présentent un œdème assez marqué avant que le liquide se soit accumulé dans la cavité péritonéale. Enfin il faut tenir compte des symptômes dus aux diverses maladies qui ont précédé l'ascite, car c'est par eux qu'on parvient ordinairement à déterminer à quelle affection est due cette hydropisie. Je reviendrai sur ces considérations quand j'exposerai le diagnostic.

Symptômes. Je viens de dire que la *douleur* existe dans un certain nombre de cas; mais ces cas ne sont pas, à beaucoup près, les plus fréquens. La douleur qui n'a point de siége déterminé dans l'abdomen, qui se fait vaguement sentir dans les diverses parties de son étendue, n'est ordinairement point forte. Cependant, chez les sujets qui la présentent, la *pression* est assez difficile à supporter dans certains points, et les mouvemens sont pénibles.

L'*augmentation de volume du ventre* est plus ou moins rapide suivant les cas. Lorsque l'hydropisie est sthénique ou active, le volume de l'abdomen peut être très-considérablement augmenté en peu de jours; dans le cas contraire, ce n'est que graduellement que ce développement a lieu. Le liquide s'accumule dans les parties déclives, il remplit d'abord le petit bassin et les flancs, puis, repoussant les in-

testins vers l'ombilic, il occupe une partie considérable de la cavité péritonéale; alors se manifestent les symptômes que je vais indiquer.

Le *ventre* est élargi dans la région des flancs, et sa partie antérieure est déprimée, ce qui lui donne l'apparence du ventre des batraciens. Si néanmoins l'accumulation du liquide s'est faite très-rapidement, la paroi abdominale, n'ayant pas été lentement distendue, et réagissant contre l'effort du liquide, c'est la partie la plus faible, c'est-à-dire la partie moyenne et antérieure, qui fait saillie, et l'abdomen paraît plutôt globuleux. La *forme aplatie* du ventre est surtout remarquable lorsque la paroi abdominale a été préalablement distendue, comme dans les cas où l'épanchement se reforme après une paracentèse. Alors les flancs débordent de chaque côté, et la ligne blanche est très déprimée, jusqu'à ce que l'épanchement soit devenu assez abondant pour la soulever fortement. Il n'est pas jusqu'aux fausses côtes et aux cartilages des dernières vraies côtes qui ne se trouvent repoussés en dehors par l'accumulation du liquide lorsqu'elle est considérable. Alors la base de la poitrine, fortement élargie, semble faire partie de l'intumescence abdominale. On comprend du reste que cette altération de forme du ventre peut être différente lorsque des tumeurs très-volumineuses occupent un point de cette cavité. C'est surtout au début que ces dernières donnent de l'irrégularité à la conformation générale, car plus tard le liquide, venant à les séparer de la paroi de l'abdomen, celui-ci se présente avec la forme qui vient d'être indiquée.

La *tension de l'abdomen* est en rapport et avec la rapidité de l'épanchement et avec son abondance.

C'est ainsi que dans les ascites qui se sont produites très-promptement, le ventre est *rénitent* et se laisse difficilement déprimer; tandis que dans celles qui se sont produites lentement, la rénitence ne devient notable qu'à l'époque où le liquide est très-abondant, et encore n'atteint-elle pas ordinairement le même degré que dans le cas précédent.

Dans les ascites à marche aiguë, *la peau de l'abdomen* ne présente point d'altération très-marquée; dans les ascites à marche chronique, au contraire, elle s'amincit, devient blanche, luisante, et offre en partie l'état qu'elle prend dans les œdèmes de longue durée. Il arrive même assez souvent que cet état de la peau a pour cause, outre la distension, une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané dont on reconnaît l'existence à l'aide de la pression exercée par le doigt. Lorsque, par une cause quelconque, le liquide vient à diminuer ou à disparaître de la cavité abdominale, la paroi antérieure reste flasque si elle a été longtemps distendue, et la peau présente des éraillures semblables à celles qui restent sur le ventre des femmes après des couches nombreuses.

Un des signes les plus anciennement connus et les plus importans pour reconnaître l'existence de l'accumulation de sérosité dans le péritoine est la *fluctuation;* mais la fluctuation n'est évidente que dans les cas où le liquide est accumulé en quantité assez considérable, aussi ce que je vais dire ne s'applique-t-il qu'aux ascites déjà assez abondantes; nous verrons ensuite quels sont les signes qui font connaître la présence d'une petite quantité de liquide. *Pour percevoir la fluctuation*, on place la paume de la

main sur un des flancs du malade, puis, avec l'extrémité des doigts de l'autre main, on frappe légèrement et rapidement sur l'autre flanc; on sent alors, sous la main qui reste fixe, la sensation d'un flot dû à l'ébranlement du liquide et de là le nom de fluctuation.

Lorsque la quantité de liquide n'est pas assez considérable pour que la fluctuation soit sensible de cette manière, on doit recourir au *procédé indiqué par M. Tarral* (*Journ. hebd.*, n° 82), et qui est exposé de la manière suivante par M. Dalmas (*loc. cit.*, p. 204) : « Alors, pour percevoir la fluctuation, ce n'est plus d'un côté à l'autre qu'il faut chercher à la produire, mais dans le petit espace seul où l'on suppose qu'est rassemblé le liquide; pour cela, on percutera avec l'indicateur d'une main, à deux ou trois pouces de celle que l'on tient appliquée; on peut même n'employer qu'une main, en percutant légèrement avec l'indicateur sur le point de la paroi abdominale compris entre le médius et le pouce. » Avec un peu d'habitude du procédé, on parvient à découvrir la fluctuation, alors même que le liquide n'est accumulé que dans les parties les plus déclives.

Percussion. Dans quelques cas cependant l'existence de l'épanchement ne peut être bien démontrée que par la *percussion ;* si celle-ci est convenablement pratiquée, on arrive à découvrir la présence du liquide, et en constatant l'existence de la matité dans le lieu qu'elle occupe dans la position ordinaire du malade, et en constatant son déplacement dans les divers changemens de position. Si, en effet, ainsi que l'a indiqué M. Piorry (*de la Percuss. méd.*), on commence à percuter dans une partie voisine de l'ombi-

lic, l'on obtient un son clair, dû à la présence des gaz dans l'intestin qui est, comme nous l'avons dit plus haut, repoussé vers l'ombilic et l'épigastre; puis, en descendant vers les flancs, on arrive à une ligne où le son, sans être complétement mat, devient obscur : c'est la ligne de niveau du liquide; et enfin, à mesure qu'on descend, la matité devient plus complète. Si ensuite on fait coucher le malade sur un côté et qu'on percute le côté opposé, on voit que la matité y est remplacée par une sonorité marquée, parce que le liquide, obéissant à la pesanteur, s'est porté dans le flanc déclive, et, soulevant la masse intestinale, l'a portée vers le flanc devenu supérieur; de plus, en percutant ce dernier point, on voit que le niveau du liquide s'y est élevé d'une quantité notable, par suite de l'adjonction de la sérosité qui occupait antérieurement le flanc opposé. On peut varier ces expériences de divèrses manières, et, en ayant soin de marquer sur la peau la ligne du niveau du liquide, on arrive à des résultats très-précis.

La percussion ne doit pas être négligée, alors même que le liquide est en quantité considérable; car, ainsi que nous le verrons plus tard, elle fournit des élémens de diagnostic plus précis qu'aucun autre procédé, et fait reconnaître la situation, l'étendue de l'épanchement et le rapport des organes entre eux. C'est par elle qu'on constate très-bien que l'intestin (son clair) s'est porté vers l'ombilic et un peu au-dessus; que le liquide (son de plus en plus mat vers les parties déclives) occupe les autres points de l'abdomen; et que ce liquide est mobile (changement du niveau de la matité dans les diverses positions du malade).

Outre cet avantage de faire reconnaître la présence d'un épanchement peu considérable de sérosité dans le péritoine, les procédés de MM. Tarral et Piorry en ont un autre non moins grand qui est de permettre de suivre les progrès de cet épanchement, et la percussion surtout, en établissant d'une manière rigoureuse le niveau du liquide, conduit à des résultats précieux. En pareil cas, il est important que la percussion soit médiate, mais il est bien rare que l'interposition du doigt ne soit pas suffisante pour arriver à une détermination précise; la très-grande flaccidité des parois de l'abdomen pourrait seule s'y opposer.

Quelques-uns de ces résultats de la percussion avaient été indiqués, quoique d'une manière vague, par M. Rostan (*Nouv. Journ. de Méd.*, t. III), à l'occasion du diagnostic de l'hydropisie péritonéale et de l'hydropisie enkystée des ovaires. J'y reviendrai un peu plus loin.

Chez un certain nombre de sujets, des modifications remarquables se produisent dans la *circulation veineuse abdominale*. M. Reynaud (*Jour. hebdomad.* et *thèse inaug.*) a signalé d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui le développement très-notable des veines qui rampent dans les parois de l'abdomen; ces veines, en effet, deviennent apparentes sous forme de larges cordons bleuâtres, et elles sont parfois doublées et même triplées de volume. Il résulte des recherches de M. Reynaud que cet état est surtout remarquable dans les cas où la circulation est gênée dans la veine-porte; et, d'après cet auteur, la dilatation des veines indique les efforts de l'organisme pour

établir une circulation veineuse supplémentaire. On doit tenir compte de ce signe, mais cependant il ne faut pas oublier que, soit par suite de la distension de l'abdomen, soit par suite de la gêne qu'éprouve la circulation de la veine-cave elle-même, les veines abdominales superficielles se présentent presque toujours avec un degré de développement marqué, et deviennent plus ou moins apparentes. Dans les cas cités par M. Reynaud, ce n'est pas seulement les veines de la paroi abdominale qu'on voyait à cet état de dilatation, mais encore celles qui rampent dans les parois de la poitrine, et quelques veines profondes; de telle sorte que la circulation collatérale avait pris un haut degré d'activité.

Tels sont les signes locaux de l'ascite. Du côté de la *respiration*, on ne remarque des symptômes bien tranchés que dans les cas où l'accumulation du liquide est très-considérable; alors, le diaphragme étant repoussé vers la cavité pectorale, on observe une dyspnée plus ou moins prononcée. C'est surtout dans le décubitus dorsal que cette dyspnée se manifeste, parce qu'alors la moitié postérieure du diaphragme devient une des parties déclives; aussi les malades sont-ils obligés de se tenir presque assis dans leurs lits.

La *circulation générale* ne présente rien de bien remarquable, à moins que la maladie sous la dépendance de laquelle s'est produite l'ascite ne donne lieu à un mouvement fébrile, ou que, l'affection étant très-avancée, la mort devienne prochaine. On a même remarqué qu'en général le *pouls* est plutôt ralenti qu'accéléré.

De tout temps on a attaché une assez grande im-

portance à l'examen des *urines* dans le cours d'une hydropisie ascite. Malheureusement on a étudié cette question d'une manière trop générale, et sans tenir compte des cas particuliers; on sait cependant qu'il n'est pas indifférent de savoir si la maladie est sous la dépendance d'une affection du foie ou de toute autre, puisque dans les maladies du foie les urines présentent si souvent des caractères tout particuliers. Contentons-nous donc de dire qu'en général les urines sont rares, en petite quantité, fortement colorées et chargées de dépôts assez abondans. Je renvoie aux articles consacrés aux *Maladies du Foie* et à *la Maladie de Brigth* pour la description des urines dans ces divers états morbides.

Du côté des *voies digestives* on trouve nécessairement des symptômes très-divers, suivant les cas; disons encore, d'une manière générale, que les *digestions* sont pénibles, que parfois on observe des nausées, des vomissemens, des alternatives de diarrhée et de constipation, que l'*appétit* est altéré, capricieux; en un mot, qu'il y a presque toujours des troubles digestifs assez marqués, ce qui peut être dû aussi bien à la maladie primitive qu'à la gêne qu'éprouve le tube digestif par suite de sa compression et de son déplacement. La *soif* est quelquefois vive, souvent elle n'est pas augmentée, à moins que le malade ne soit parvenu au dernier degré de la maladie. La prétendue soif insatiable des hydropiques est une erreur que certaines théories médicales ont propagée.

Du côté du *système nerveux,* on remarque un affaiblissement notable qui va toujours croissant, et qui est dû ordinairement aussi bien aux progrès de

la maladie primitive qu'à ceux de l'ascite. On note parfois des *lypothymies*, des *syncopes*, de l'*accablement*, de l'*assoupissement;* mais ces phénomènes se manifestent principalement à une époque voisine de la mort.

La *maigreur* faisant sans cesse des progrès dans les ascites chroniques, il en résulte qu'à une certaine époque de la maladie on observe le contraste le plus frappant entre le développement de l'abdomen et la ténuité des autres parties du corps. Ce contraste se fait surtout remarquer aux extrémités, lorsqu'elles ne sont pas infiltrées de sérosité; mais c'est ce qui existe très-fréquemment, surtout aux extrémités inférieures qui, dans beaucuup d'affections et surtout dans les affections du cœur, sont œdématiées avant que le liquide s'accumule dans le péritoine.

La *peau* se fait remarquer par sa sécheresse et son aspect terreux partout où il n'y a pas d'œdème. Quelquefois elle présente des ecchymoses et des taches brunâtres.

Tels sont les symptômes dans la plus grande partie du cours de la maladie. Lorsque la terminaison fatale devient prochaine, les digestions se troublent de plus en plus, le pouls devient petit, serré, accéléré; c'est alors surtout que la faiblesse est marquée, que l'assoupissement et l'oppression font des progrès; qu'on remarque les lypothymies et les syncopes, jusqu'à ce qu'enfin les malades succombent après une agonie plus ou moins longue.

Il est un accident qui mérite être mentionné : c'est la *rupture de la paroi abdominale*, par suite de sa distension et de son amincissement extrême. Il se fait alors une crevasse, qui a principalement pour

siége la ligne blanche et même l'ombilic, surtout dans les cas de hernie ombilicale, et le liquide s'écoule continuellement. Cette rupture n'a ordinairement d'autre effet que de suspendre les signes de suffocation, et ne change rien à la marche de la maladie. On a cité cependant quelques cas où non-seulement les principaux symptômes ont été améliorés, mais encore la guérison a eu lieu. On a vu, à la suite de la *paracentèse*, la piqûre rester ouverte, ce qui constitue un cas analogue. Quelquefois, l'œdème des extrémités inférieures étant devenu très-considérable, c'est aux jambes que se font les éraillures par où s'écoule la sérosité, et cet écoulement ayant eu parfois les bons résultats que je viens d'indiquer, on a, par des incisions, cherché à imiter cette rupture. J'en parlerai dans l'exposé du traitement.

§ IV. — Marche; durée ; terminaison de la maladie.

La *marche* de l'ascite est très-différente suivant les cas; nous avons vu plus haut que lorqu'elle présente les caractères qui lui ont fait donner les noms de *sthénique* ou *active*, sa marche peut être très-rapide : l'épanchement se forme promptement et peut se dissiper de même. Cependant la résorption est toujours beaucoup plus lente que l'accumulation, excepté dans quelques cas où l'on a vu, à la suite de flux considérables, se dissiper en peu de jours une ascite existant déjà depuis un temps assez long. J'aurai occasion de rappeler ces cas à propos du traitement. Lorsqu'il y a une *lésion organique* ou une *altération du sang*, il arrive fréquemment que l'é-

panchement de sérosité qui se forme lentement ne se résorbe plus; cependant ce n'est pas là une règle sans exception : dans les *maladies du cœur*, on a vu quelquefois l'ascite se produire et se dissiper à plusieurs reprises, et les choses peuvent se passer de même, ainsi que nous le constaterons plus tard, dans l'ascite dépendante de la *maladie de Bright.*

On voit par là qu'il est impossible de rien dire de précis sur la *durée* de la maladie; elle est tellement variable suivant les cas, que tout ce qu'il importe de savoir, c'est qu'on l'a vue se prolonger beaucoup; cependant on doit élever des doutes sur l'exactitude du diagnostic de ces cas où l'ascite aurait, suivant quelques auteurs, persisté pendant dix, quinze, vingt ans et plus. On ne doit pas oublier, en effet, que jusqu'à une époque qui n'est pas très-éloignée, une hydropisie enkystée de l'ovaire était presque toujours confondue avec l'ascite. J'aurai à revenir sur ce point à l'occasion de la *paracentèse.*

Il est rare que la *terminaison* funeste puisse être rapportée uniquement à l'influence de l'ascite. Presque toujours, en effet, cette terminaison, qui est la plus fréquente, est le résultat des progrès de la maladie organique dont l'ascite n'est qu'une conséquence. Cependant il faut reconnaître que l'épanchement péritonéal, en gênant le jeu des organes thoraciques et abdominaux, tend à accélérer cette terminaison mortelle; c'est surtout lorsque l'épanchement est très-abondant qu'il a cet effet. Il n'est pas extrêmement rare de voir des ascites se terminer par la guérison; celles qui sont dans les conditions les plus favorables pour que ce résultat soit obtenu sont l'ascite active ou par irritation, celle qui suc-

cède à la scarlatine, et celles qui sont consécutives à un appauvrissement du sang.

§ V. — Lésions anatomiques.

Si, comme nous devons le faire, nous mettons de côté les lésions appartenant à la maladie qui a donné naissance à l'ascite, nous ne trouverons qu'un petit nombre d'altérations qu'il importe réellement de connaître.

Dans le cas où il a existé une hydropisie active, et où le malade a promptement succombé, on ne trouve autre chose qu'une accumulation plus ou moins considérable de sérosité citrine, le péritoine se présentant avec ses caractères normaux. Mais lorsque l'affection est ancienne, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, on note la blancheur, l'épaississement, l'opacité de la membrane péritonéale; c'est une espèce de macération qui a été principalement signalée par M. Bouillaud. Parfois aussi cette membrane présente des plaques laiteuses, et dans quelques points un petit nombre d'adhérences qui sont étrangères à l'affection qui nous occupe, ou qui sont le résultat d'une complication inflammatoire. On a trouvé quelquefois une couche albumineuse mince sur le péritoine. En rapprochant ce fait du résultat des recherches de M. Delaharpe (*Arch. gén. de Méd.*, juin 1842), il est permis de regarder cette couche comme un simple dépôt de la matière albumineuse contenue dans le liquide épanché. Quant aux autres lésions du péritoine et des organes qu'il recouvre, elles sont très-variables et n'auraient point d'intérêt réel pour nous.

La quantité de liquide contenu dans le péritoine

est très-différente suivant les cas. Chez quelques sujets dont le ventre était extraordinairement dilaté, on a trouvé jusqu'à 50 et même 100 kilogrammes de sérosité; ordinairement la quantité en est beaucoup moins considérable. Les qualités du liquide ne sont pas moins variables. Parfois on trouve seulement une sérosité limpide plus ou moins incolore ou plus ou moins colorée en jaune; parfois on voit nager dans cette sérosité des flocons albumineux plus ou moins abondans; et parfois enfin le liquide est épais, d'une couleur qui varie du jaune au roux et au brun. Ordinairement l'odeur que répand ce liquide est simplement fade, parfois elle est nauséabonde, et quelquefois enfin elle a une fétidité très-marquée; dans ce dernier cas, il existe souvent une lésion des organes qui a communiqué l'odeur à la sérosité. Quelquefois cependant il suffit d'une paracentèse antérieure pour que le liquide inodore, ou presque inodore d'abord, acquière ensuite une fétidité marquée.

Enfin on observe dans la paroi abdominale l'amincissement des muscles, la distension des aponévroses, l'écartement de leurs fibres, les éraillures de la peau, et parfois une dilatation des anneaux fibreux qui a permis à diverses hernies de se former.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

En donnant la description des symptômes propres à l'ascite, j'ai établi le diagnostic positif de cette affection; il serait, par conséquent, inutile d'y revenir ici, et je me bornerai à présenter son *diagnostic différentiel*, ainsi que le *diagnostic des causes organiques* qui la produisent.

Une affection que l'on peut facilement confondre, et que l'on a très-longtemps confondue avec l'hydropisie ascite, est l'*hydropisie enkystée des ovaires*. Voici le moyen de distinguer ces deux épanchemens : Nous avons vu que dans l'ascite, et dès 1826, M. Rostan avait insisté sur ces caractères, il existe un son tympanique dans un espace compris entre l'épigastre et une ligne courbe qui, partant d'un certain point du rebord des fausses côtes, se porte plus ou moins haut sur la partie antérieure de l'abdomen, et quelquefois s'élève au-dessus de l'ombilic. En outre, si on fait varier la position du malade, le niveau du liquide varie avec elle. Dans l'hydropisie enkystée, au contraire, les intestins étant repoussés d'un côté à l'autre, la fluctuation se fait sentir jusqu'à la partie moyenne et supérieure de l'abdomen, tandis que le son tympanique se trouve dans le côté opposé; si l'on fait varier la position du malade, les choses restent dans le même état. Enfin, comme dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, les parois du kyste ont presque toujours une épaisseur assez considérable, la matité s'y trouve plus grande que dans l'épanchement péritonéal. En outre, si on interroge avec soin le malade, on parvient à découvrir que la maladie a commencé par une tumeur d'abord peu volumineuse, circonscrite dans une des fosses iliaques. Il est bien rare que ces signes différentiels ne suffisent pas pour lever tous les doutes.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'*hydropisie enkystée du péritoine;* mais j'y reviendrai dans l'article suivant.

On a encore cité, comme pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic, l'accumulation d'eau dans

la cavité utérine ou *hydrométrie*. Pour éviter ces erreurs, il faudra avoir égard aux résultats de la palpation et de la percussion, ainsi qu'au trouble des fonctions de l'utérus, et à l'examen par le toucher vaginal et rectal. Dans l'hydrométrie commençante, on trouve une tumeur occupant seulement la partie moyenne de l'hypogastre et donnant lieu à une matité à convexité supérieure, tandis que la matité de l'ascite est précisément en sens inverse; de plus, les fosses iliaques restent encore sonores, tandis que cette matité remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis, et ce caractère, s'il est bien constaté, suffit pour assurer le diagnostic. A une époque où la maladie est plus avancée, la matrice peut être assez développée pour que ces signes diagnostiques soient beaucoup moins précis; cependant, avec un peu d'attention, on les découvre encore, et de plus on constate que les menstrues sont supprimées, que le col de la matrice est plus ou moins effacé; et à l'aide du toucher rectal, on distingue la distension considérable et la pesanteur du corps de cet organe.

Il paraît difficile, au premier abord, de prendre pour une ascite une simple *grossesse utérine*, cependant c'est ce qui est arrivé, et quelquefois on ne peut douter que le diagnostic ne présente quelques difficultés. On aura recours, pour l'établir, aux mêmes signes physiques que je viens d'indiquer pour l'hydrométrie, et en outre on constatera par l'auscultation le bruit placentaire et les doubles battemens du cœur du fœtus, et, par l'exploration de l'utérus, le ballottement qui ne laissera aucun doute sur l'existence de la grossesse.

Quelquefois on a pris pour une hydropisie ascite une simple *rétention d'urine.* Il suffit presque de signaler la possibilité de cette méprise pour la faire éviter. Cependant j'indiquerai un moyen bien simple qui consiste dans le cathétérisme, parce que, quand il s'agit de diagnostic, on ne doit rien négliger.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1°. *Signes distinctifs de l'ascite et de l'hydropisie enkystée des ovaires.*

ASCITE.	HYDROPISIE ENKYSTÉE DES OVAIRES.
Abdomen plus ou moins *aplati.*	Abdomen quelquefois *irrégulier*, généralement *globuleux.*
Son tympanique dans un *espace compris entre* une ligne contournant *l'ombilic et l'épigastre.*	Son tympanique *dans le côté* du ventre *opposé à celui de l'ovaire malade.*
Matité *d'autant plus grande, qu'on s'éloigne de cet espace* et qu'on s'approche des parties déclives.	Matité *plus considérable; à peu près égale* dans toute l'étendue du kyste.
Changement de rapports, de la sonorité et de la matité *quand on fait changer la position du malade.*	*Point de changement de rapports* entre la matité et la sonorité *dans les changemens de position.*
Fluctuation généralement *plus facile.*	Fluctuation généralement *moins facile.*

2°. *Signes distinctifs de l'ascite et de l'hydrométrie.*

ASCITE.	HYDROMÉTRIE.
Matité à *concavité supérieure* autour de l'ombilic.	Matité à *convexité supérieure.*
Au début, les *flancs et les fosses iliaques donnent un son mat*, l'hypogastre conservant sa sonorité.	Au début, *les flancs et les fosses iliaques donnent un son clair*, l'hypogastre donnant un son mat.
Les menstrues peuvent *persister.*	Menstrues *supprimées.*
Le col de la matrice reste *normal.*	Col de l'utérus *effacé.*
Par le toucher rectal on constate que *le corps de l'utérus est à l'état normal.*	Par le toucher rectal on constate que *le corps de l'utérus a augmenté de volume.*

3° *Signes distinctifs de l'ascite et de la grossesse.*

ASCITE.	GROSSESSE.
Outre les signes précédens :	Outre les signes précédens :
Absence du bruit placentaire et des *doubles battemens* du cœur du fœtus.	*Bruit placentaire*, *doubles battemens* du cœur du fœtus.
On ne peut obtenir le ballottement.	*Ballottement.*

Il nous reste maintenant à chercher quels sont les signes qui servent à déterminer les conditions organiques sous l'influence desquelles se produit l'ascite.

Si nous envisageons d'abord l'ascite *active*, *sthénique*, nous voyons qu'il est souvent bien difficile de s'assurer de son existence, du moins si sous ces dénominations on veut entendre un épanchement de sérosité dû uniquement à une augmentation d'activité des fonctions sécrétoires du péritoine. On sera néanmoins porté à admettre que les choses se sont passées ainsi dans les cas où, sous l'influence d'une violence extérieure, des diverses variations de la température, de l'ingestion de l'eau froide, on aura vu survenir l'ascite avec un certain cortége de symptômes inflammatoires, tels que l'accélération du pouls, la douleur du ventre, la chaleur, etc.

Il est, en général, très-facile de s'assurer que l'ascite est la *conséquence d'un exanthème* qui a plus ou moins complétement disparu. Ces maladies, en effet, étant connues de tout le monde, et ayant des caractères extérieurs bien tranchés, ne passent guère inaperçues. Mais il est des cas où l'éruption a été peu abondante, irrégulière, ou même a manqué complétement; le médecin doit alors s'enquérir de tous les antécédens du malade, et examiner avec soin toutes les parties du corps. S'il apprend qu'a-

vant l'apparition de l'ascite il a existé une fièvre intense, avec mal de gorge, il soupçonnera l'existence d'une scarlatine, qui est, comme on sait, l'affection cutanée dans la convalescence de laquelle se produit le plus souvent cette hydropisie; il ne conservera aucun doute, si dans les divers points du corps, et surtout au milieu des articulations, il trouve la desquamation propre à l'exanthème.

Dans la plupart des cas, il n'est pas très-difficile de reconnaître quelle est la *lésion organique* qui donne lieu à l'ascite. Cependant il en est quelques uns où l'on peut éprouver de grandes difficultés. Voyons comment, dans les principaux, on peut arriver au diagnostic.

Dans les *maladies du cœur*, les extrémités inférieures, ainsi que nous l'avons constaté, se prennent les premières, et, de plus, nous devons rappeler que les affections de cet organe dans lesquelles l'hydropisie est portée assez loin pour qu'il y ait une ascite, sont les rétrécissemens des orifices et plus rarement la simple hypertrophie. Or ces affections donnent lieu à des signes locaux qu'il serait inutile de reproduire ici, mais que le praticien doit avoir toujours présens à l'esprit. (*Voy.* t. III, *Maladies du Cœur.*)

L'ascite qui est due à l'*oblitération de la veine-cave* est également précédée d'une infiltration des membres inférieurs; mais les symptômes locaux que je viens de rappeler manquent en pareil cas du côté du cœur, à moins de complication; et en outre, comme c'est presque toujours par des tumeurs volumineuses que la veine-cave est oblitérée, on a, pour confirmer le diagnostic, les signes auxquels celles-ci donnent lieu.

Les *maladies du foie* qui produisent l'ascite n'agissant ordinairement que sur les extrémités hépatiques de la veine-porte, il en résulte que la circulation veineuse abdominale est seule gênée, et que l'ascite s'y manifeste avant qu'aucun signe d'hydropisie se soit montré dans un autre point du corps. Quelquefois cependant la veine-cave peut se trouver comprimée par suite du développement de tumeurs volumineuses, et alors il y a une complication qui jette de l'obscurité sur le diagnostic. Le développement très-considérable des veines abdominales est, comme nous l'avons vu, un résultat des maladies du foie, qui oblitèrent plus ou moins les ramifications de la veine-porte, et c'est par conséquent un signe utile pour le diagnostic.

N'envisageant ici la question que sous le point de vue général, je ne dois pas rechercher quels sont les signes auxquels on reconnaît que l'ascite est due à telle ou telle maladie du foie. Sous ce rapport, je dois me contenter de renvoyer le lecteur aux descriptions contenues dans la première partie de ce volume.

L'ascite qui est due à la *maladie de Bright* est précédée fréquemment par l'œdème de la partie supérieure du corps. Lorsqu'il en est ainsi, on ne peut guère avoir de doute sur l'existence de l'altération particulière des reins qui caractérise cette maladie; mais ce signe ne se rencontrât-il pas, on en trouverait, dans la présence de l'albumine dans les urines, un autre qui lèverait les difficultés.

Enfin les hydropisies dues à l'*appauvrissement du sang* seront reconnues à l'état de langueur des individus, aux mauvaises conditions hygiéniques dans

lesquelles il se seront trouvés, aux pertes de sang abondantes et multipliées qu'ils auront éprouvées, et surtout à l'absence des conditions organiques qui viennent d'être mentionnées.

Il faut convenir, en terminant, que, malgré la plus scrupuleuse attention, on peut, dans quelques cas et à certaines époques de la maladie, être fort embarrassé pour savoir quelle est la véritable cause organique de l'ascite; mais il est bien rare qu'en suivant la marche de la maladie on n'arrive pas d'une manière précise à ce diagnostic.

Pronostic. Après ce que j'ai dit de la *terminaison*, un mot suffit pour le pronostic. L'espèce d'ascite la moins grave est l'*ascite dite sthénique;* vient après l'*ascite par appauvrissement du sang.* La plus grave est celle qui résulte d'un *obstacle mécanique* à la circulation.

§ VII. — Guérison spontanée de l'ascite.

Avant d'exposer le traitement, je dois dire quelques mots d'une terminaison que je n'ai fait qu'indiquer plus haut. Elle nous fera connaître, en effet, certains phénomènes critiques qui doivent mettre sur la voie des indications principales. Je veux parler de la *guérison spontanée* de l'ascite, sur laquelle M. Mondière (Journ. l'*Expérience*, tom. VII, p. 417 et 432) a fait des recherches intéressantes.

Ce médecin a cité un assez grand nombre de faits empruntés aux divers recueils, et desquels il résulte que l'ascite peut disparaître à la suite de certains flux abondans survenus plus ou moins rapidement. Ces diverses *crises* sont les suivantes :

1°. *Crises par les urines.* Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. La quantité d'urine rendue est très-

considérable; c'est ainsi que chez une femme observée par M. Mondière, il y eut une excrétion d'urine qui s'éleva à *trente pintes* en 72 heures, et que chez une autre, dont J. Penada (*Saggio d'osservaz.;* Padoue, 1793) nous a donné l'histoire, la quantité de liquide fut de 384 livres en quatre-vingt-seize heures. On pourrait multiplier ces exemples. En 1834, M. Graves en a publié un (extrait dans *Arch. gén. de Méd.*, 2e série, t. VI) fort remarquable.

2°. *Crises par le vomissement.* Les faits de ce genre sont plus rares, mais plus curieux. M. Mondière en rapporte plusieurs, empruntés à l'*ancien Journal de médecine* et à l'ouvrage de Bacher (*Recherches sur les hydrop.;* Paris, 1776). On se demande, en les lisant, s'il ne s'agit, en pareil cas, que d'un simple vomissement, ou s'il y a eu communication de la cavité du péritoine et des poumons à travers le diaphragme; ce qui ne paraîtra pas improbable, si l'on se rappelle que des perforations semblables donnent lieu à l'écoulement au dehors de plusieurs abcès de l'abdomen. Toutefois ce ne sont là que des suppositions.

3°. *Crises par les selles.* Dans quelques circonstances, et l'on en trouve des exemples non-seulement dans les auteurs anciens, mais encore dans les recherches récentes (*voy. Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, t. X, Obs. de M. Martin Solon; Andral, *Thès. pour l'agrég.; Ann. univers. di Med.;* mai 1840) des selles aqueuses extrêmement abondantes ont fait disparaître en peu de jours des ascites considérables qui avaient résisté à un grand nombre de moyens.

4°. *Crises par les sueurs.* C'est ordinairement par des *sueurs générales*, d'une abondance extrême, que

se produisent les crises de ce genre. Je me bornerai à citer pour exemple une observation de M. Bricheteau (*Arch. gén. de Méd.*, 1re série, t. XXX, 1832), dans laquelle on voit une *ascite active* se terminer spontanément de cette manière. M. Mondière en rapporte plusieurs autres.

5°. *Crises par la salivation.* Les cas de cette espèce sont beaucoup plus rares. M. Mondière n'en a trouvé qu'un cité par Fabre (*Obs. de chir.;* Avignon, 1778).

6°. *Crises par écoulement vaginal.* Les crises de ce genre les plus remarquables sont celles qui déterminent la guérison de l'ascite chez les femmes grosses. Désormeaux (*Dict. de Méd.*, t. XVIII) en a vu plusieurs exemples.

7°. *Crises par des surfaces sécrétoires accidentelles.* Quoique M. Mondière ait rapporté et cité plusieurs faits très-curieux qui prouvent que des flux critiques peuvent avoir lieu par des blessures de la langue ou de toute autre partie du corps, on doit considérer ces cas comme entièrement exceptionnels, sauf cependant ceux dans lesquels la surface fluante résulte de scarifications ; mais nous aurons à en parler dans le paragraphe suivant.

8°. Enfin on a vu des ascites disparaître très-promptement *sans évacuation critique ;* mais je me borne à mentionner le fait, parce qu'il ne peut évidemment nous fournir aucune indication thérapeutique.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ces divers flux critiques, nous voyons que les principaux sont, sans contredit, ceux qui ont lieu par les urines, par les selles, par le vomissement et par les sueurs; or, de tout temps on a trouvé dans ces faits

des indications capitales, sur lesquelles on a, comme on va le voir, fondé les principes du traitement.

§ VIII. — Traitement.

Il est inutile de suivre, dans l'exposé du traitement, la division que j'ai établie plus haut. Il suffira, à propos de chaque indication, de dire à quelle espèce d'ascite elle convient plus particulièrement.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines ne sont guère mises en usage que dans les cas où l'ascite a débuté par des symptômes aigus, et dans l'ascite traumatique. Ce sont là les *hydropisies par irritation*, signalées principalement par Broussais et Boisseau. S'il y a de l'excitation générale, une dureté du pouls un peu marquée, de la chaleur à la peau, on n'hésite pas à pratiquer la *saignée générale*, et à la renouveler si le cas paraît l'exiger. Lorsque les douleurs de ventre sont vives, on a particulièrement recours aux *sangsues*, appliquées sur l'abdomen ou à l'anus, et qu'on peut remplacer par des *ventouses scarifiées*. Je n'en dirai pas davantage sur un moyen dont tout le monde comprend facilement l'application.

Diurétiques. Il n'est pas d'espèce d'ascite qui ne soit traitée par les diurétiques. Ces médicamens sont donnés ordinairement à l'intérieur, mais on les a aussi appliqués à l'extérieur. Il importe donc de les considérer dans ces deux modes d'administration.

1°. *Diurétiques à l'intérieur.* La *scille*, sous différentes formes, a été administrée depuis longues années dans les diverses hydropisies, sans en excepter l'ascite. La préparation qui convient le mieux est l'*oxymel scillitique* (vinaigre scillitique, une partie; miel, deux parties) qu'on donne à la dose

de 10 à 30 grammes dans un ou deux pots de tisane. Le docteur Demangeon (*Rec. périod. de la Soc. de Paris;* an XIV) conseillait d'employer concurremment la scille avec le calomel dans les *ascites par affection du foie.* Nous retrouverons cette substance dans plusieurs préparations.

La *digitale* est un médicament plus fréquemment employé encore. On pourrait citer un grand nombre d'auteurs qui, depuis Brastrup (*Act. Reg. Soc. med.;* Havn., 1791), l'ont administré sous les formes les plus diverses. Cette substance agit non-seulement comme diurétique, mais encore comme sédatif de la circulation; aussi est-ce dans les cas d'*ascite par affection du cœur* qu'on l'a particulièrement prescrite. On trouve dans le *Formulaire* de M. Foy la tisane suivante :

℞ Digitale fraîche........................	8 grammes.
Sucre blanc........................	16 grammes.
Triturez le tout ensemble, et versez dans :	
Eau bouillante........................	1000 grammes.
Passez ; ajoutez :	
Sirop de sucre........................	64 grammes.

A prendre par petites tasses, dans la journée.

On donne encore ce médicament en *poudre* à la *dose de* 10 *à* 40 *et* 50 *centigrammes*, graduellement, et avec beaucoup de précaution chez l'adulte, et à celle de 1 *à* 10 *centigrammes* chez les enfans. On le fait aussi entrer dans plusieurs préparations dont j'indiquerai quelques unes plus loin.

Il est un médicament qui a été particulièrement vanté, c'est la *racine de caïnça.* Suivant MM. François et Caventou, le principe actif de cette racine est éminemment diurétique, et la diurèse augmente à

mesure qu'on continue son administration. M. Fouquier prescrit ce médicament ainsi qu'il suit :

℞ Poudre de caïnça	4	grammes.
Gomme en poudre	1,50	grammes.
Sirop de miel		Q. S.

Pour un électuaire.
A prendre la dose entière, une ou deux fois par jour.

On donne encore le *vin de caïnça* fait comme il suit :

℞ Caïnça	30	grammes.
Vin de Malaga	500	grammes.

Faites macérer pendant huit jours ; filtrez.
A prendre de cinq à dix cuillerées et plus dans la journée.

On emploie fréquemment les *bourgeons de sapin*, qui sont principalement donnés sous forme de tisane. La tisane suivante, dans laquelle entre le *nitrate de potasse*, est fort usitée :

℞ Bourgeons de sapin	10	grammes.
Faites infuser dans :		
Eau	1000	grammes.
Passez ; ajoutez :		
Vin blanc	250	grammes.
Nitrate de potasse	1	gramme.

Il n'est pas jusqu'à l'*urée* (Laennec) et aux *cantharides* qui n'aient été administrés dans le but de guérir l'ascite. Mais nous n'avons que des notions trop vagues sur l'action de ces médicamens en pareil cas, pour qu'il soit utile d'en parler en détail.

Je pourrais encore citer un grand nombre de diurétiques, tels que l'*extrait d'asperges*, le sirop de *pointes d'asperges*, l'*acétate*, le *nitrate de potasse*, etc.; mais il suffit de les indiquer pour que

chacun en trouve facilement l'application. Il est préférable de donner la formule de quelques *médicamens diurétiques composés* dont l'usage a été reconnu utile.

VIN DIURÉTIQUE ANGLAIS.

♃ Cannelle en poudre		12 grammes.
Racine de zédoaire		8 grammes.
Carbonate de potasse		6 grammes.
Squames sèches de scille	ââ	4 grammes.
Rhubarbe en poudre		
Baies de genièvre broyées		

Faites macérer dans un litre de vin blanc vieux, et filtrez. A prendre, trois ou quatre verres par jour.

POTION DIURÉTIQUE.

♃ Digitale fraîche........................ 4 grammes.
Faites infuser dans :
Eau.................................. 125 grammes.
Passez; ajoutez :
Oxymel scillitique...................... 16 grammes.
Sirop d'éther......................... 32 grammes.
A prendre par cuillerées dans la journée.

Le docteur Richter (*Spec. Ther.*) recommande la formule suivante :

♃ Oxymel scillitique	ââ	120 grammes.
Eau de fleur de sureau		
Acétate de potasse		15 grammes.

M. A prendre d'une à deux cuillerées à bouche, trois fois par jour.

On pourrait multiplier ces formules à l'infini.

2°. *Diurétiques à l'extérieur.* On a essayé, et quelquefois avec succès, d'appliquer simplement sur l'abdomen les *diurétiques*, sous forme de *fomentations* ou de *frictions*. MM. Trousseau et Chrestien ont cité quelques faits intéressans à l'appui de cette

médication, et ce qu'il y a eu de remarquable dans les cas qu'ils ont rapportés, c'est que, malgré la disparition ou la diminution de l'ascite, il n'y a pas eu toujours augmentation de la quantité des urines. M. Trousseau conseille d'agir ainsi :

℞ Teinture éthérée de digitale.......	} āā	60 grammes.
——— de scille.........	}	
Eau.............................		180 grammes.

Imbibez une flanelle; appliquez-la sur le ventre, et recouvrez-la d'un taffetas gommé.

M. Chrestien vante les frictions avec le liquide suivant (*voy. Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, t. VI) :

℞ Digitale pourprée......................	30 grammes.
Alcool..............................	90 grammes.

Frictionnez avec une flanelle.

Purgatifs. Les médicamens de ce genre ont été donnés pour provoquer ou pour favoriser les excrétions intestinales abondantes que nous avons vues constituer plus haut les crises par les selles. Il serait sans doute superflu de passer en revue tous les purgatifs qui ont été donnés dans cette intention; mais il en est un certain nombre qui ont été particulièrement préconisés, et que, pour ce motif, il importe d'indiquer avec quelques détails.

Je mentionnerai d'abord l'infusion de *seconde écorce de sureau,* qui a été vantée par Sydenham comme un des plus puissans hydragogues. Boerhaave lui a donné les mêmes éloges. Il est donc important de soumettre ce médicament, aujourd'hui presque entièrement oublié, à de nouvelles expériences. Voici la formule qu'employait Sydenham :

℞ Seconde écorce de sureau.........	3 poignées.
Eau..............................	ãã 500 grammes.
Lait.............................	

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié.
A prendre, moitié le matin, et moitié le soir.

Ce remède agit non-seulement comme purgatif, mais encore comme vomitif.

Gaubius, qui avait également confiance dans l'écorce de sureau, prescrivait la potion suivante :

℞ Suc d'écorce fraîche de sureau.........	30 grammes.
Sirop de violettes.....................	15 grammes.

A prendre par cuillerées, de demi-heure en demi-heure. S'arrêter, si l'effet était trop violent.

L'*élatérium*, que nous avons vu très-souvent employer dans les maladies du cœur, l'est surtout lorsque ces affections s'accompagnent d'hydropisie; c'est encore un médicament énergique qu'il faut donner avec assez de précaution. On peut prescrire la teinturne d'elatérine, qui est ainsi composée :

℞ Élatérine..........................	0,05 grammes.
Alcool.............................	32 grammes.
Acide nitrique.....................	0,20 grammes.

Trente-six à quarante gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée.

Pour les autres préparations, je renvoie le lecteur à ce qui en a été dit à propos de l'hypertrophie du cœur (*voy.* t. III).

Le *colchique* est encore une substance qui jouit d'une grande réputation comme hydragogue. On trouve dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques* deux observations publiées par M. le docteur Lalaurie, dont la seconde est relative à une hydropisie ascite dans laquelle le vin de colchique fut donné à

la dose d'une cuillerée matin et soir : la malade fut promptement guérie. Déjà Storck (*Libell. de colch. autumn. rad.*) avait prescrit le colchique dans les hydropisies, après avoir constaté sa grande influence sur l'excrétion urinaire; un grand nombre d'autres auteurs l'ont employé dans les mêmes circonstances. Carminati le donnait sous forme *d'oxymel*, et M. Chailly (*Revue Médic.*; juin 1836) a, comme M. Lalaurie, cité un cas de guérison par le vin de colchique, dont voici la composition :

♃ Bulbe de colchique frais................ 100 grammes.
Faites macérer, pendant huit jours, dans :
Vin de Malaga...................... 60 grammes.
Alcool à 22°...................... 10 grammes.

Vingt à trente gouttes dans une potion. Élever la dose successivement et avec précaution.

Je pourrais citer encore la *coloquinte*, la *gomme gutte*, l'*huile de croton*, d'*épurge*, et un grand nombre d'autres purgatifs; mais comme ils ne présentent rien de particulier, je pense qu'il suffit de les mentionner; on en trouvera facilement l'application. Je dirai seulement un mot de la *scammonée*, qui est, elle aussi, regardée comme un excellent *hydragogue*, et j'indiquerai ensuite quelques formules particulières de purgatifs.

La *scammonée* n'est presque jamais donnée pure; elle fait partie de la poudre d'Ailhaut, très-renommée dans le traitement des hydropisies, et dont voici la composition :

POUDRE D'AILHAUT.

♃ Scammonée...................... 4 grammes.
Suie.............................. 6 grammes.
Colophane........................ 8 grammes.

Divisez en paquets de deux grammes, dont on fait prendre un le matin.

Ce médicament agit comme purgatif drastique; il fait encore partie de l'électuaire suivant employé par M. Fouquier.

ÉLECTUAIRE HYDRAGOGUE DE M. FOUQUIER.

℞ Scammonée d'alep................ Jalap..........................	âà	15 grammes.
Scille en poudre..................		10 grammes.
Racine de jalap...................		5 grammes.
Mêlez. Ajoutez :		
Sirop de nerprun..................		Q. S.

A prendre de 60 à 130 centigrammes par jour.

Les *pilules de Bontius*, qui ont été également très-préconisées, sont composées ainsi qu'il suit :

PILULES DE BONTIUS.

℞ Aloës succotrin..................		5 parties.
Gomme gutte dissoute dans du vin d'Espagne..................... Ammoniaque.....................	âà	3 parties.
Diagrède soufré [1]................		2 parties.
Sulfate de potasse................		1 partie.
Sirop de nerprun..................		Q. S.

Faites des pilules de 0,20 grammes. A prendre de deux à six par jour.

Je citerai encore les *pilules de Bacher* et celles de *Barclay;* les premières sont ainsi composées :

℞ Extrait œno-alcoolique d'ellébore noir. — de myrrhe..................	âà	60 grammes.
Poudre de chardon-bénit............		30 grammes.

Faites une masse pilulaire. Divisez en pilules de 0,20 grammes, qu'il faut tenir renfermées dans un flacon bien bouché. A prendre trois ou quatre par jour.

[1] Le *diagrède soufré* est fait avec de la scammonée qu'on étend sur du papier au-dessus d'un réchaud dans lequel on jette du soufre par petites parties. On remue jusqu'à ce que la résine commence à fondre.

Voici la formule des pilules de Barclay :

℞ Extrait de coloquinte composée....	10	grammes.
Résine de jalap....................	5	grammes.
Savon amygdalin...................	5	grammes.
Gayac..............................	15	grammes.
Émétique..........................	0,40	grammes.
Essence de genièvre..............		
— de carvi..................	ââ 0,20	grammes.
— de romarin...............		
Sirop de nerprun..................	Q. S.	

Faites des pilules de 0,20 grammes. A prendre de cinq à six par jour.

Je n'ai pu, dans tout ce qui précède, appliquer d'une manière précise l'emploi des purgatifs aux divers cas d'ascite, parce que cette question thérapeutique n'a pas été étudiée sous ce point de vue. Tout ce que je peux donc dire ici, c'est qu'avant d'employer les divers drastiques qui viennent d'être passés en revue, on doit examiner attentivement l'état de l'intestin et les forces du malade, car il y aurait de l'imprudence à les mettre en usage sur des individus profondément débilités, et dans ces cas, du moins, on devrait ne les employer qu'avec beaucoup de prudence. Chez les enfans, on ne doit procéder d'abord que par de très-petites doses, qu'on élèvera ensuite avec précaution.

Vomitifs. Nous avons fait connaître les doutes qui s'élèvent sur la réalité des crises par le vomissement; cependant, comme quelques auteurs ont trouvé que les vomitifs étaient réellement utiles, on peut les mettre en usage. Nous avons vu d'ailleurs que, parmi les drastiques précédens, il y en avait qui provoquaient le vomissement, et ce sont les plus vantés. Il est inutile d'employer d'autres vomitifs que les vomitifs ordinaires.

Quelques médecins se sont bornés à donner de simples *expectorans*. L'*aunée* est la substance la plus employée dans ce but; elle entre dans les pilules suivantes :

℞	Extrait d'aunée........................	8 grammes.
	Scille en poudre......................	60 grammes.

F. S. A. trente-six pilules. A prendre de deux à quatre par jour.

Sudorifiques. Les *sudorifiques* sont beaucoup moins employés contre l'ascite que contre l'anasarque; cependant nous avons vu plus haut qu'on avait observé plusieurs fois des *crises par les sueurs*. Les médicamens de ce genre ne doivent donc pas être négligés. Il suffit d'indiquer ici les infusions de *bourrache*, de *mélisse*, de *fleurs de sureau*, etc.; mais il importe de parler d'une manière particulière des *bains de vapeur simple* ou *sulfureuse* qui ont été administrés par quelques médecins. Le docteur Gassaud (*Noull. Bibl. méd.;* fév. 1829) a rapporté quatre cas d'ascite guéris par les bains de vapeur sulfureuse, et d'autres ont cité des cas semblables dans lesquels on a mis en usage la simple vapeur d'eau. La *vapeur des baies de genièvre* est, comme on sait, employée dans les cas d'anasarque; on pourrait l'essayer dans les cas d'ascite, surtout s'il y avait en même temps œdème. Ces moyens seraient surtout indiqués si une certaine moiteur se manifestait spontanément à la peau.

Narcotiques. Les *narcotiques* ou *stupéfians* ont été également préconisés. Quelle est leur action, et dans quels cas agissent-ils? C'est ce qu'il serait bien difficile de dire. Je me borne donc à indiquer, comme ayant été employés, l'*opium*, la *ciguë*, l'*aconit*, la *laitue vireuse*, et même le *tabac*. Ce n'est qu'avec

précaution qu'on doit administrer ces substances, dont on doit néanmoins porter graduellement la dose à un degré assez élevé.

Toniques; amers; ferrugineux. Les médicamens de ce genre sont principalement dirigés contre les ascites avec appauvrissement du sang. P. Frank (*Ep. de curand. hom. Morb.*) a vivement recommandé le *quinquina*, qui doit être donné en décoction ou sous forme d'extrait. Le docteur Schmidt (*Beitr.*, etc.; 1833) unit la *gentiane* à la digitale de la manière suivante :

℞ Digitale...........................	1,25	grammes.
Racine de gentiane.................	4	grammes.
Eau bouillante......................	200	grammes.
Infusez ; ajoutez :		
Oxymel scillitique.................	30	grammes.

A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures.

M. Cruveilhier nous apprend qu'il a employé les *préparations ferrugineuses* avec avantage, et déjà le docteur Bertrand (*Rec. de la Soc. d'Émul.;* 1807) avait rapporté un cas de guérison d'une ascite par un mélange de *scille* et d'*oxyde noir de fer*. Il suffit de ces indications pour savoir comment on doit se conduire dans les cas où l'on croit pouvoir rapporter la production de l'hydropisie à un état du sang, contre lequel l'expérience nous a appris que le fer a une grande efficacité.

Il me reste maintenant quelques mots à dire de certains médicamens qui ont été regardés comme très-utiles, et que nous ne pouvons pas ranger dans les catégories précédentes.

Moyens divers. J'indiquerai d'abord le *lait*, déjà

recommandé par Mauriceau, et que Chrestien a surtout préconisé (*De l'Util. du Lait*, etc.; *Arch. gén. de Méd.*, 1re série, t. XXVII, p. 329 et 484). Ce dernier a rapporté huit observations dans la plupart desquelles la guérison a été obtenue; malheureusement ces observations thérapeutiques n'ont pas toujours été prises avec beaucoup de rigueur, et quelquefois on se demande s'il y a eu, dans ces faits, autre chose qu'une simple coïncidence. Les cas dans lesquels le lait paraît avoir le mieux réussi, sont ceux qui sont désignés par Chrestien sous le nom d'ascites par irritation. Toute la médication consiste à soumettre les malades exclusivement, ou presque exclusivement, à l'usage du lait comme aliment : on leur en fait prendre *une*, *deux*, *trois pintes par jour*, et *plus* si on le juge convenable. Chrestien recommande que le lait soit cru. Un inconvénient fréquent de ce régime, c'est d'inspirer promptement du dégoût au malade. Il ne faut pas céder aux instances qu'ils font pour obtenir un changement d'alimentation, car dans les cas cités par Chrestien, les moindres concessions ont eu des effets fâcheux.

Il suffit de mentionner le *cerfeuil* et l'*ache*, quoique le premier ait joui pendant longtemps d'une très-grande réputation, le *copahu*, les *préparations d'or*, qui ont été employées dans un cas cité par Chrestien (*loc. cit.*), l'*hépatique en cataplasmes*, l'*iode*, les *frictions mercurielles*; ce n'est que dans des cas tout particuliers que la plupart de ces moyens peuvent paraître convenables.

Après avoir ainsi exposé le *traitement interne* de l'ascite, je dois aborder la médication externe qui

bien souvent ne peut être mise en usage que comme palliatif, mais qui parfois a procuré des succès réels.

Vésicatoires; séton; moxas. M. Pelletier (*Obs. recueill. à la Clin. de M. Trouvé;* Arch. gén. de Méd., 1[re] série, t. XVIII, p. 202) a cité un cas de guérison d'une ascite suite de fièvre intermittente, par l'application des *vésicatoires* sur l'abdomen. Ce fait est d'autant plus remarquable, que chez ce sujet on avait employé les diurétiques et la compression, sans obtenir autre chose qu'une amélioration passagère. Le même moyen a été mis en usage dans des cas d'ascite qu'on était porté à regarder comme idiopathique. On a également traversé les parois abdominales avec un *séton* (Hedenus; *Græfe und Walther's journ.;* Berl., 1826), et enfin Larray a recommandé les *moxas* au niveau des fausses côtes. On ne doit compter que médiocrement sur ces moyens, dont un, le *séton*, doit être regardé comme d'un emploi dangereux.

Scarifications. Lorsque l'ascite s'accompagne de gonflement considérable des bourses et des membres inférieurs, on pratique ordinairement des mouchetures dans le but de dégorger le tissu cellulaire et de faire cesser la tension incommode des parties. Quelquefois on emploie ce moyen dans un but curatif. Il arrive, en effet, parfois que les scarifications ne se referment pas, et laissent écouler continuellement la sérosité, de telle sorte que tout épanchement disparaît. Le D. Tardieu (*Journ. de Méd.*; 1835) a cité quelques faits dans lesquels ce moyen a eu du succès. Un inconvénient des scarifications, c'est que parfois elles déterminent une irritation des tissus, et par

suite une gangrène qui peut avoir des effets funestes. D'un autre côté, on ne peut guère compter sur leur emploi qu'en aidant leur action par l'administration d'un ou de plusieurs des moyens précédens.

Compression. Déjà Monro avait proposé la compression de l'abdomen pour s'opposer à quelques accidens de l'ascite (lypothymies, syncopes); des médecins anglais l'ont ensuite employée dans un but curatif, et ce moyen a été mis en usage en France par MM. Récamier, Husson, Godelle, Bricheteau, etc., depuis un certain nombre d'années. Ce dernier a publié (*Arch. gén. de Méd.*, 1re série, t. XXVIII, p. 75 et suiv.) un Mémoire intéressant dans lequel sont rapportés plusieurs faits qui prouvent l'utilité de la compression dans certains cas. Il ressort de ces faits que les cas dans lesquels la compression est applicable sont ceux qui ne présentent pas de lésion organique chronique et d'obstacle mécanique à la circulation veineuse. Dans le cas contraire, on s'exposerait à soumettre en pure perte les malades à un traitement long, difficile à supporter, et occasionnant des incommodités marquées, telles que l'oppression, les lypothymies, etc. C'est donc lorsqu'on ne trouve aucune lésion marquée des viscères, lorsque l'ascite s'est développée avec des symptômes d'irritation, ou à la suite de fièvres intermittentes, d'hémorrhagies répétées, d'un séjour dans les lieux malsains, de l'ingestion de boissons froides, etc., qu'on devra y avoir recours.

COMPRESSION.

Pour la pratiquer, il faut faire faire une large ceinture lacée qui, de la base de la poitrine, se porte jusqu'à la

partie inférieure du ventre. Cette ceinture doit être serrée de manière à exercer une compression uniforme et continue; mais il faut prendre garde de porter cette compression trop loin, parce que, en refoulant le diaphragme, on pourrait occasionner une dyspnée extrême. Si on n'a pas le soin de resserrer le bandage à mesure qu'il se relâche, on ne peut rien attendre de ce moyen, qui d'ailleurs est toujours long, puisque son emploi a dû être prolongé plusieurs mois (huit et plus), et qui demande beaucoup de soins et d'assiduité.

Paracentèse. La paracentèse ou ponction de l'abdomen est une opération pratiquée ordinairement dans le but de faire cesser les accidens qui résultent d'une accumulation trop considérable de liquide dans la séreuse péritonéale. Dans quelques cas, et j'en ai cité un plus haut, le liquide accumulé, provoquant invinciblement la sortie d'un intestin hernié, on doit, pour éviter l'engouement qui peut en être la suite, faire l'opération avant qu'il y ait une grande quantité de sérosité dans le péritoine; dans tous les autres, il est de règle d'attendre que les parois du ventre soient notablement distendues.

Je ne saurais mieux faire, pour exposer tout ce qui est relatif à la paracentèse, que de suivre la description qu'en a donnée M. Velpeau (*Nouv. Élém. de Méd. opér.*, 2me éd., t. IV, p. 1 et suiv.), en y ajoutant quelques remarques sur l'utilité de la percussion dans la détermination du lieu où doit être pratiquée la ponction. Après quelques considérations sur l'origine de cette opération, une des plus anciennes de la chirurgie, cet auteur se demande quel est l'instrument qu'il convient d'employer, et sa conclusion est que le *trois-quarts* dont se servent les chirur-

giens français, ne laisse rien à désirer. Quant au lieu d'élection, il s'exprime ainsi :

LIEU D'ÉLECTION.

« Tous les points du ventre ne sont pas également propres à la paracentèse. Le *flanc gauche* serait le plus favorable quand la rate est saine, si l'épiploon, plus étendu de ce côté, n'apportait aucune difficulté à l'écoulement du liquide. *A droite*, on peut redouter la présence du foie. Trop *près du ligament de Poupart*, se trouve l'S iliaque du colon ou le cœcum. *En arrière*, est la dernière fausse côte ou la crête de l'os innominé, et il serait facile d'atteindre le colon lombaire. La *zone sus-ombilicale* correspond à la partie transverse du gros intestin. Tout à fait *en bas*, sur la ligne médiane, on rencontre la vessie. Cependant il faut agir sur une partie déclive. La *ligne blanche*, préférée par les anciens, et même encore par la plupart des chirurgiens anglais, n'a pas d'avantage sous ce rapport; elle est loin de mettre aussi sûrement qu'on l'imagine à l'abri de toute hémorrhagie : une grosse veine rampe parfois à sa surface postérieure. M. S. Cooper mentionne un cas où plus d'une pinte de sang sortit par la plaie qu'il venait de faire dans ce lieu avec le bistouri.

« *Chez la femme*, il existe *entre la matrice et le rectum*, au fond du bassin, un cul-de-sac où on arriverait facilement *à travers la partie postéro-supérieure du vagin.* Ce point, le plus déclive de tous, serait aussi le plus convenable peut-être, si le péritoine était libre dans toute son étendue, si un changement de rapport quelconque de la vessie, de l'utérus ou des intestins, n'exposait pas à perforer quelques-uns de ces organes. On devrait donc ne le choisir, et se conformer au précepte de Henckel, de Watson, de Bishop, de Nœthig, qu'après s'être assuré par le toucher que la sérosité descend jusque dans la cavité pelvienne, et qu'elle tend à déprimer le haut du vagin.

« En pénétrant *par le rectum*, au-dessus des vésicules séminales, comme le veulent quelques autres praticiens, il

y aurait encore plus de danger de blesser la vessie. La crainte de voir ensuite les humidités stercorales passer dans le péritoine suffira toujours pour faire rejeter cette voie, quoique par exception on puisse l'adopter chez certains sujets.

« Il n'est pas jusqu'à *la vessie* qu'on n'ait traversée de manière à vider le péritoine des ascitiques.... M. Watson a sérieusement proposé de pénétrer par cette voie, et, ce qu'il y a de surprenant, un de ses compatriotes, M. Buchanan, dit l'avoir fait trois fois avec succès ; mais je ne pense pas que parmi nous un pareil précepte ait jamais besoin d'être gravement réfuté.

« Le *scrotum*, qui convient le mieux, ainsi que le prouvent les observations de Ledran et de Morand, quand, en même temps que l'ascite, il existe une hydrocèle congénitale, ne peut servir que dans cette circonstance. S'il se rencontre une *région* des parois abdominales *plus amincie* que les autres, au point de n'être plus formée que par la peau et d'avoir acquis une sorte de transparence, c'est à elle qu'on s'adresse, quelque peu favorable qu'elle soit d'ailleurs....

« *Un peu en dehors de la ligne blanche*, comme on le faisait autrefois d'après l'avis de Celse, l'artère épigastrique court quelques risques. Le *milieu de l'espace qui sépare le bord des côtes de la crête iliaque*, indiqué par Sabatier, aurait l'inconvénient d'être trop rapproché de la poitrine lorsque la rate et le foie sont le siége de quelque engorgement; *de sorte que, règle générale, le milieu de la ligne qui s'étend de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure est encore ce qu'il y a de mieux*... Cet endroit, que la majeure partie des opérateurs ont prescrit de choisir depuis que Palfin en a donné l'idée, est donc le véritable *lieu d'élection*, et chacun des autres le *lieu de nécessité*. »

Lieu où il convient de pratiquer la ponction dans les cas d'hydropisie compliquant la grossesse. Des observations assez nombreuses, et notamment celles qui ont été rassemblées par Ollivier (d'Angers) (*Remarq. sur l'opér. de la paracent. dans l'hydrop. asc.*

compl. la gros. Arch. gén. de Méd. 1re série, t. VI, p. 178), prouvent que l'ascite donne lieu, chez les femmes enceintes, à des incommodités fort grandes (oppression, lypothymies, insomnie, anorexie), qu'il est nécessaire de faire cesser en évacuant le liquide. Scarpa (*Mél. de Chir. étrang.*, t. Ier), ayant remarqué que la fluctuation était plus facilement sentie et plus *superficielle* dans l'hypochondre gauche, près du bord des cartilages des fausses côtes, choisit ce lieu pour la ponction, et pénétra avec sécurité entre le *côté externe et supérieur du muscle droit et le bord des fausses côtes de l'hypochondre gauche.* Le docteur Cruch (*Ann. univ. di Med.*, n° 47) a agi de même et sans accident. Cependant M. Ollivier, se fondant sur l'opinion de Sabatier, sur un fait qu'il a observé, et sur un autre qui lui a été communiqué par M. Bigot (d'Angers), a reconnu que dans les cas ordinaires, l'*ombilic*, élargi d'abord, forme ensuite une tumeur fluctuante, où la ponction peut être pratiquée sans aucun danger. Les cas seuls où une adhérence intestinale, par suite de hernie ancienne, existerait dans cette région, ne devraient pas être opérés ainsi. D'un autre côté, M. Velpeau, qui a un bon nombre de fois pratiqué la paracentèse chez les femmes en couches, s'exprime ainsi à ce sujet : « *Toute l'étendue du flanc gauche*, tous les points de ce côté où le trois-quarts est ordinairement porté, m'ont paru séparés de la matrice par un espace assez considérable pour ne pas laisser une grande importance aux préceptes de Scarpa. » De tout cela il résulte que, s'il faut examiner attentivement l'état du ventre chez les femmes grosses chez lesquelles on pratique la paracentèse, on aurait

tort de s'exagérer les dangers de cette opération en pareil cas.

Emploi de la palpation et surtout de la percussion pour déterminer le lieu où la ponction doit être pratiquée. Je suis entré dans les détails précédens, d'une part, pour bien déterminer les points de l'abdomen où l'on a proposé de pratiquer la paracentèse, et de l'autre pour bien faire connaître ceux qui doivent absolument être rejetés et ceux qui offrent le moins d'inconvéniens. Mais aujourd'hui on ne doit pas se décider à faire la ponction dans tel ou tel point, uniquement d'après les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer. Il est même permis de dire que le *lieu d'élection* n'existe plus, ou du moins qu'on ne doit jamais y pratiquer l'opération sans l'avoir exploré par une palpation et une percussion soigneusement pratiquées. C'est toujours lui, sans doute, qui aura le plus souvent la préférence, puisque ces moyens d'exploration feront ordinairement connaître qu'il la mérite, mais on ne la lui donnera pas en aveugle, comme on ne l'a fait que trop souvent, l'exploration qu'on pratiquait étant insuffisante.

La *palpation* fera reconnaître s'il existe dans le point qu'on veut ponctionner un organe tuméfié, dans lequel on courrait risque d'enfoncer le trois-quarts. Sans doute, si cet organe était adhérent aux parois, cette exploration serait inutile, puisqu'il y aurait absence de la fluctuation dans ce point; mais souvent une légère couche le sépare du péritoine pariétal, et c'est cette épaisseur qu'il s'agit de déterminer par la palpation, qui doit être pratiquée comme il suit: L'extrémité des doigts étant appli-

quée sur la paroi abdominale, on presse vivement de manière à déplacer le liquide sous-jacent; s'il existe une tumeur, on arrive promptement sur elle, et l'on sent, à sa résistance bien supérieure à celle qu'a offerte le liquide, la présence d'un corps solide. Or, si l'on remarque le degré de dépression qu'il a fallu imprimer à l'abdomen pour arriver jusque là, on a approximativement l'épaisseur de la couche de liquide, et on peut juger s'il est prudent ou non de pratiquer la ponction dans ce lieu.

La *percussion* donne des notions bien plus précises, et, en faisant connaître tout le parti qu'on peut en tirer dans les cas dont il s'agit, M. Piorry a rendu service à la pratique médicale. Par la percussion, en effet, on détermine avec précision, non-seulement si un organe tuméfié est trop voisin de la paroi abdominale, mais encore si l'intestin court risque d'être blessé, accident beaucoup plus grave. On ne doit donc jamais négliger de la pratiquer avec soin, en partant, comme je l'ai dit plus haut, des parties sonores pour aller graduellement vers les parties occupées par la matité. On peut, de cette manière, s'assurer d'abord qu'on pratique la ponction à une assez grande distance du niveau du liquide, c'est-à-dire d'un point où celui-ci ne forme encore qu'une couche trop peu épaisse; et en second lieu, en pratiquant la percussion *superficiellement* ou *profondément*, on peut apprécier avec précision l'épaisseur de la couche liquide.

En *percutant superficiellement*, c'est-à-dire en posant sans presser, sur l'abdomen, le doigt sur lequel on percute, et en frappant légèrement, on a le son propre au liquide, ou un son s'en rap-

prochant beaucoup, suivant que la couche est plus ou moins épaisse. Puis, en *percutant profondément*, c'est-à-dire en déprimant la paroi abdominale et en frappant fortement, on arrive à un des trois résultats suivans : ou bien, quelque profonde que soit la percussion, on n'obtient que le son mat dû au liquide, ce qui est le cas le plus fréquent quand on percute dans le lieu d'élection ou dans un point un peu inférieur : on peut alors porter hardiment le trois-quarts dans ce lieu; ou bien la percussion profonde finit par faire découvrir le son intestinal plus ou moins affaibli : on juge alors, par le degré de dépression qu'il a fallu imprimer à la paroi abdominale, si la couche de liquide est ou n'est pas assez épaisse, et on se dirige d'après ces données; ou bien enfin le son intestinal se fait promptement entendre, et alors l'intestin est collé à la paroi abdominale, ou n'en est que peu éloigné : il faut, en pareil cas, chercher un autre point pour pratiquer la paracentèse, et le déterminer de la même manière. On opère alors dans le *lieu de nécessité.*

Décrivons maintenant l'opération, et recourons encore pour cela à l'ouvrage de M. Velpeau (*loc. cit.*):

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION.

« *Position du malade.* Personne ne conseille actuellement de faire tenir le malade debout pendant qu'on l'opère; la position assise ne lui convient non plus que dans quelques circonstances particulières : *c'est sur le côté*, *très-près du bord de son lit*, *qu'il doit être placé...*

« *Manuel opératoire.* L'appareil se compose d'un trois-quarts de cinq centimètres de diamètre, armé de sa canule et graissé de cérat, d'un baquet ou d'un grand vase quelconque propre à recevoir le liquide, d'un vase plus petit et peu

profond qu'on puisse tenir près du ventre si la sérosité ne coule pas avec assez de force pour le rendre inutile, d'un morceau de sparadrap, de diverses compresses pliées en plusieurs doubles, d'une serviette en écusson et d'une autre serviette pliée en trois, garnie d'un sous-cuisse et d'un scapulaire.

« Un aide reste près de la tête, un autre vers les pieds et du côté sur lequel on a couché le malade, afin de lui soutenir la poitrine et la racine des cuisses; un troisième, situé du côté opposé, et même sur le corps du lit s'il craint de trop se fatiguer autrement, se tient prêt à placer ses mains à plat sur toute la surface du ventre pour le comprimer doucement à mesure que le liquide s'en échappe. Le chirurgien saisit le trois-quarts, l'enfonce avec la main droite à travers la paroi abdominale dont la main gauche a dû tendre les tégumens; poussé d'une manière brusque et subite, l'instrument fait à peine souffrir le malade. Plusieurs auteurs, craignant qu'il n'aille trop profondément et n'atteigne quelque viscère, aiment cependant mieux le faire pénétrer avec lenteur en le roulant sur son axe, et prétendent mettre ainsi les artères encore plus sûrement à l'abri de toute blessure : de telles raisons n'ont aucun fondement. Les organes du bas-ventre sont, comme je l'ai dit déjà, trop éloignés de ses parois dans l'ascite pour que le trois-quarts puisse les toucher, fût-il enfoncé jusqu'au manche. Prendre un point d'appui avec les deux derniers doigts sur la peau, pendant qu'on la perce, n'est pas beaucoup plus nécessaire; tant de précautions d'ailleurs ne sont propres qu'à rendre l'opération plus méticuleuse et plus longue.

« L'indicateur ou le pouce allongé sur la tige du trois-quarts, pendant que la paume de la main en renferme solidement le manche, n'en laisse à découvert que ce qu'on veut, que ce qu'il en faut pour arriver au foyer du liquide, et suffit à la sûreté des viscères. Si les parois offraient assez d'épaisseur pour embarrasser, comme Saviard dit en avoir observé un exemple, si elles étaient assez flasques pour fléchir sous la pression, on emploierait un autre instrument, et c'est alors que le bistouri ou la lancette pourraient être préférés avec quelque avantage.

« Le défaut de résistance annonce qu'on est entré dans le péritoine. La canule, qui doit rester en place, le pavillon dirigé en bas, est retenue par le pouce et l'indicateur gauches pendant qu'on retire le trois-quarts. Le liquide s'échappe aussitôt avec plus ou moins de force, et par un jet dès lors facile à conduire dans le seau destiné à cet usage. Le stylet boutonné, la sonde de poitrine, etc., ne servent que dans les cas où quelque corps étranger viendrait à boucher la canule.

« Toute l'eau étant extraite, l'opérateur retire le tube conducteur en lui faisant exécuter un mouvement de rotation, et soutient en même temps, avec les deux premiers doigts de l'autre main, le pourtour du trou qu'il a pratiqué, afin d'empêcher la peau d'être tiraillée; applique sur ce point l'emplâtre, les compresses, garnit ainsi tout le devant de l'abdomen et les flancs, place le bandage de corps, et remet immédiatement le malade au milieu de son lit dans la position qui lui est le moins fatigante.

« Beaucoup d'auteurs ont pensé qu'il ne fallait pas enlever en une seule fois tout l'épanchement; qu'il valait mieux ne le tarir que par degrés..... Mais l'expérience n'ayant rien appris de bien positif sur la valeur d'une pareille conduite, il semble plus raisonnable de n'abandonner dans le ventre que ce qui ne peut pas en être extrait. L'épuisement et les syncopes, que les anciens espéraient prévenir en se comportant ainsi, sont encore plus sûrement empêchés par un bandage convenablement appliqué, et les malades ne seraient qu'à demi-satisfaits si leur ventre n'était vidé qu'en partie lorsqu'ils se sont soumis à la ponction. »

Hémorrhagie après l'opération. Cette hémorrhagie peut dépendre soit de la blessure de l'artère épigastrique, soit de la blessure d'un vaisseau veineux. Il n'est pas besoin de dire que la première est la plus grave. On a conseillé plusieurs moyens d'y remédier: l'un d'eux consiste, dit M. Velpeau, à comprendre le trajet du trois-quarts dans un large repli des parties molles, à le comprimer, à le froisser même avec le

pouce et l'indicateur, jusqu'à ce que le sang cesse de couler. On emploie plus généralement une petite *cheville de cire* ou bien un *morceau de bougie ou gomme élastique ou emplastique,* qu'on introduit dans la plaie de manière à la fermer exactement. M. Velpeau pense qu'un morceau d'*éponge préparée* serait encore meilleur.

Si l'on n'a pratiqué la parencentèse que comme *moyen palliatif*, on se contente du pansement précédent, et l'*on revient à la ponction*, lorsque l'accumulation de sérosité s'est reproduite. Si néanmoins l'ascite paraissait ne pas tenir à une lésion viscérale, il serait bon de tenter la compression, qui peut réussir dans les cas de ce genre. Mais on ne s'est pas borné là, et on a imaginé plusieurs moyens pour empêcher la reproduction de l'épanchement, c'est-à-dire des *moyens curatifs*. Nous allons les passer en revue.

Injections. Les moyens curatifs consistent presque tous dans des injections de matières diverses. C'est à Brenner qu'on rapporte la première idée de cette opération ; il injectait un *mélange d'eau-de-vie camphrée, d'aloës et de myrrhe.* Il y a quelques années, M. L'homme (*Arch. gén. de Méd.*, t. XIII et suiv.) essaya de faire pénétrer dans l'abdomen de la *vapeur de vin*, et obtint un succès complet. Mais le même moyen ayant été mis en usage par M. Dupuy pour une hydropisie enkystée de l'ovaire, le sujet succomba. Enfin M. Jobert (de Lamballe) et M. Vassal ont cité des cas de succès ; mais le premier seul a employé les injections ainsi qu'il suit (*Lanc. franc.*, n° 70, 73) :

PROCÉDÉ DE M. JOBERT.

Il fit d'abord la ponction, et retira huit onces de sérosité, puis, avant d'en faire couler davantage, il poussa à travers la masse du liquide le mélange suivant :

℞ Eau tiède..........................	240 grammes.
Alcool..............................	45 grammes.

Il en résulta une douleur subite très-vive avec chaleur dans le point opposé. L'ouverture de la canule étant exactement fermée, on attendit environ un quart d'heure en imprimant de légères secousses à l'abdomen, afin qu'il y eût mélange intime et action de l'alcool sur la surface interne du péritoine, puis on fit évacuer le liquide dont la quantité pouvait être de douze litres; il était jaune citrin, fortement chargé d'odeur alcoolique. Le soir, il y eut une fièvre très-vive avec de violentes coliques et d'abondantes sueurs. Ces symptômes cédèrent promptement aux calmans et aux émolliens, et peu de jours après la guérison était complète.

Cette observation serait de nature à engager à imiter cette conduite, si l'on ne pouvait, avec M. Velpeau, mettre en doute le diagnostic; mais cet auteur pense qu'il s'agissait, en pareil cas, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire; malheureusement l'observation ne fournit pas les détails nécessaires pour éclaircir ce point.

Quant à M. Vassal (*Mém. de la Soc. de Méd. prat.*; 1833), il s'est contenté *d'irriter le péritoine* à l'aide du bec de la canule; mais les accidens qui ont suivi cette pratique, et auxquels le malade a heureusement échappé, ont été si graves, qu'ils ont fait plusieurs fois craindre pour ses jours.

Tout n'est pas encore dit, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, sur l'emploi des injections irritantes; mais on ne parviendra à en déterminer défi-

nitivement la valeur qu'en posant bien exactement le diagnostic, ce qui n'a encore été fait dans presque aucun des cas qui ont été cités. Le procédé de M. Jobert paraît le plus prudent, et c'est celui que l'on doit conseiller aux chirurgiens qui voudraient renouveler ces tentatives.

Enfin M. Belmas a proposé de porter dans le péritoine un *sac de baudruche* vide, que l'on souffle ensuite ou qu'on remplit de liquide, de manière à irriter, suivant qu'on le juge convenable, une plus ou moins grande étendue de la séreuse. Ce moyen n'a pas encore pour lui la sanction de l'expérience.

Résumé; ordonnances. D'après ce qui précède, les moyens les plus efficaces sont les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques, et, dans les cas rares d'ascite par irritation, les émissions sanguines. Il serait important, comme je l'ai dit plusieurs fois, de rechercher quels sont les cas particuliers où chacune de ces médications agit plus spécialement. Mais on n'a fait sous ce rapport que des essais extrêmement incomplets, et tout ce que je puis faire ici, c'est de signaler aux observateurs ce sujet comme un des plus intéressans de la thérapeutique.

PREMIÈRE ORDONNANCE.

Dans un cas d'ascite par irritation sécrétoire.

1°. Pour boisson, simples infusions émollientes.

2°. Saignées générales plus ou moins répétées, suivant la force du sujet; sangsues au nombre de vingt, trente ou quarante sur l'abdomen.

3°. Légers diurétiques : par exemple le nitrate de potasse à la dose d'un gramme par cinq cents grammes de liquide.

4°. Légers purgatifs.

5°. Régime sévère, diète au début.

DEUXIÈME ORDONNANCE.

Dans un cas d'ascite sans irritation et sans qu'on en puisse trouver la cause dans une lésion organique.

1°. Pour tisane, infusion de fleur de sureau, de bourrache, etc.

2°. Diurétiques à l'intérieur et à l'extérieur (*Voy.* pag. 555 et 558).

3°. Purgatifs drastiques (*Voy.* pag. 559 et suiv.).

4°. Préparations ferrugineuses.

Je ne multiplierai pas ces ordonnances, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il est trop difficile de déterminer d'une manière précise les cas dans lesquels réussit tel ou tel médicament. Je me contente de rappeler d'une manière générale que si l'on observe une tendance à l'établissement d'un flux critique, il faut s'empresser de le favoriser par les moyens précédemment indiqués.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; diurétiques à l'intérieur, à l'extérieur; purgatifs; vomitifs; sudorifiques; expectorans; narcotiques; lait; moyens divers; compression; révulsifs; scarifications; paracentèse; injections.

ARTICLE IV.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DU PÉRITOINE.

L'hydropisie enkystée du péritoine est une affection fort rare, qui consiste dans la formation d'un sac souvent très-considérable, situé dans le péritoine, mais ne communiquant pas avec sa cavité, contenant une sérosité ordinairement limpide, et repoussant le paquet intestinal du côté opposé au point où il s'est formé. Nous avons déjà vu de semblables sacs se former dans la cavité de la poitrine,

et M. Ménière a posé en loi que les cavités accidentelles de ce genre avaient leur siége à l'extérieur même de la cavité naturelle; mais c'est un fait qui n'est pas encore complétement mis hors de doute; et relativement à la lésion qui nous occupe ici, je dirai que j'ai vu à la Société anatomique un exemple d'hydropisie enkystée du péritoine dans lequel il paraissait évident que la sérosité était renfermée dans des fausses membranes épaisses, sécrétées par le péritoine lui-même.

Avec le très-petit nombre de faits que nous possédons, il serait absolument impossible de tracer une histoire détaillée de l'hydropisie enkystée du péritoine, et c'est pourquoi je me contenterai d'exposer le *diagnostic* entre elle et l'ascite, ce qui est, sans contredit, le point le plus important.

Les kystes du péritoine occupent dans l'abdomen un point indéterminé. Dans leur production on ne voit pas un liquide s'accumuler peu à peu et s'élever des parties déclives vers les parties supérieures. Les fausses membranes, se formant préalablement, déterminent dans une étendue considérable du ventre, et presque toujours d'un seul côté, la tuméfaction et la matité; puis la fluctuation vient occuper le même point; tandis que les intestins, reconnaissables à leur sonorité, sont refoulés de l'autre côté et à une hauteur très-variable, suivant les cas, ce qui dépend de la position et de l'étendue du kyste. En comparant ces signes avec ceux de l'ascite, on en comprendra facilement toute la différence.

Quant au *traitement*, je n'ai rien de particulier à en dire, si ce n'est que les parois du kyste sont parfois très-épaisses; que dans la paracentèse on ne

doit pas craindre de pousser le trois-quarts profondément, et que les injections sont plus applicables aux cas de ce genre qu'à l'ascite.

ARTICLE V.

TYMPANITE PÉRITONÉALE.

Je n'ai qu'un mot à dire de cet accident, qui est extrêmement rare, et qui survient à la suite de lésions mortelles. Je ne connais que deux cas bien authentiques de ce genre : l'un a été recueilli par M. Fiaux, dans le service de M. Rayer, en 1839. Le sujet présentait une *perforation du duodénum*, d'où les gaz avaient pénétré dans le péritoine. Dans le second cas, les choses se passaient d'une manière plus curieuse encore. L'observation a été recueillie par MM. Richard et Duhordel (*Journ. des Conn. méd.-chir.;* nov. 1842.) Il s'agissait d'un *abcès du poumon* et non d'une gangrène, comme le pensaient les auteurs. Le *diaphragme avait été perforé consécutivement, et l'air passait des bronches dans la cavité péritonéale.*

Diagnostic. On reconnaît que la tympanite a pour siége le péritoine lui-même, à la sonorité uniforme et extrême de toute la paroi abdominale, et à son élasticité dans tous les points, de manière que ni par la percussion ni par la palpation (du moins légères) on ne peut déterminer la position des organes parenchymateux. Dans cette tympanite, le volume du ventre peut être augmenté d'une manière prodigieuse; c'est ce qui avait lieu dans le cas cité par MM. Richard et Duhordel. Dans l'état actuel de la science, il nous serait impossible d'ajouter quelque

chose de précis à à ce que je viens de dire de cet accident.

Telles sont les affections propres au péritoine. On a encore parlé, il est vrai, de *cancer* occupant divers points de son étendue, de *kystes de l'épiploon,* et de quelques autres lésions. Mais ces lésions sont rares, mal connues, et ne présentent rien d'intéressant pour la pratique. Je vais donc, pour terminer ce qui a rapport aux affections des annexes des voies digestives, passer à la description du *carreau,* seule affection du mésentère qui soit intéressante pour le praticien.

CHAPITRE VI.

Maladies du mésentère.

Le mésentère ne présente de maladies indépendantes de tout autre état morbide, d'affections idiopathiques, que dans des cas tout à fait exceptionnels.

On a, il est vrai, parlé d'une *inflammation aiguë* et d'une *inflammation chronique* du mésentère; mais quand on parcourt, dans les aūteurs (*voy. en part.* J. Frank), ce qui a été écrit à ce sujet, on voit qu'ils ont eu en vue des affections secondaires, comme l'inflammation des ganglions mésentériques dans la fièvre typhoïde, par exemple; ou des dégénérescences chroniques qui se sont développées à la suite de dégénérescences semblables dans les intestins ou ailleurs. Après avoir examiné les principaux travaux sur ce sujet, j'ai vu, je le répète, que dans l'état actuel de la science il fallait se borner à parler d'une seule maladie du mésentère, qui est le *carreau.*

ARTICLE.

CARREAU.

Depuis longues années on s'est beaucoup occupé du carreau comme affection appartenant presque exclusivement à l'enfance. Mais quelle que soit l'estime qu'on doit avoir pour plusieurs des travaux entrepris sur cette maladie, on voit bientôt qu'il est impossible de se servir de ceux qui ont paru avant les dernières années, parce que plusieurs états morbides ayant été confondus sous le nom de carreau, on ne peut pas démêler convenablement ce qui ap-

partient à chacun d'eux. L'anatomie pathologique de cette affection, faite principalement par Morgagni, avait seule, jusqu'à ces derniers temps, un certain degré de précision. Cependant je citerai comme ayant publié le principal traité du carreau, avant les recherches modernes, Baumes (*Rech. sur la mal. du mesent.*, etc., Nismes, 1788, et de *l'amaigrissement*, etc.; Paris, 1806), dont le Mémoire fut couronné par la Société royale de Médecine de Paris. Les articles récens des dictionnaires, et le traité de MM. Rilliet et Barthez (*Trait. des Mal. des Enf.*, t. III, p. 406 et suiv.) sont venus donner récemment beaucoup plus de précision à nos connaissances sur l'affection dont il s'agit.

Il résulte de ces dernières recherches que le carreau, qui n'est autre chose que la *tuberculisation des ganglions mésentériques*, n'est que bien rarement, comme on devait s'y attendre, une affection idiopathique. M. Guersant (*Dict. de Méd.*, art. *Carreau*) dit formellement qu'il a toujours trouvé, dans les cas de mort, outre les tubercules mésentériques, d'autres affections graves qui avaient déterminé la terminaison fatale, et sous la dépendance desquelles s'était produit le carreau. MM. Rilliet et Barthez n'ont jamais trouvé les tubercules bornés au mésentère, et le même fait ressort de la description donnée par les auteurs du *Compendium* (art. *Carreau*), quoiqu'elle ne soit pas explicitement exprimée.

Je suis entré dans ces considérations, parce qu'elles expliqueront pourquoi je n'accorde qu'une très-courte description à cette affection, qui d'ailleurs n'est pas curable, et n'a, sous tous les rapports, qu'un intérêt assez médiocre.

Définition ; synonymie ; fréquence. On donne le nom de *carreau* à une certaine tuberculisation des ganglions mésentériques, mais non à toute espèce de tuberculisation. Il faut, pour que la production des tubercules dans les ganglions du mésentère mérite le nom de carreau, que les tubercules soient volumineux, constituent des tumeurs considérables, et donnent lieu à un développement marqué du ventre. On voit déjà par là combien cette maladie est mal limitée, puisque la grosseur plus ou moins grande des tubercules ne peut pas changer leur caractère.

Je n'indiquerai pas ici tous les noms donnés au carreau ; je me bornerai à rappeler les suivans : *Écrouelles mésentériques*, *Physconie*, *Emphraxie mésentérique*, *Entéro-mésentérite*, *tubercules du mésentère.* Ce dernier nom serait le plus convenable, mais celui de *carreau* est consacré.

Suivant M. Guersant (*loc. cit.*), on a eu, jusqu'à ces derniers temps, une fausse idée de la fréquence du carreau. Cela tient à ce que tout développement du ventre, avec amaigrissement, chez les enfans, était désigné sous ce nom. Le nombre des sujets qui offrent dans leur mésentère des tumeurs tuberculeuses assez développées pour mériter le nom de carreau, est très-limité.

Causes. On n'a que des renseignemens très-vagues sur la plupart des causes du carreau. Ce que nous savons de plus positif, c'est que le plus souvent cette maladie se développe *sous l'influence de la tuberculisation générale*, et que les malades succombent ordinairement aux progrès des *tubercules pulmonaires.*

D'après les recherches de MM. Rilliet et Barthez, c'est *entre la cinquième et la dixième année* que se

manifeste ordinairement le carreau. Il est excessivement rare de le voir paraître au-dessous de trois ans. On l'a observé aux autres âges de la vie, mais très-rarement. On le trouve un peu plus souvent chez les enfans du *sexe masculin*. Les tubercules du mésentère ne se produisent pas sous l'influence des ulcérations intestinales. Quant à la mauvaise hygiène, à la nourriture insuffisante, etc., ce sont des causes qui appartiennent à la tuberculisation en général, et qui ne doivent pas nous occuper ici.

Symptômes. Si nous ne voulons donner que les symptômes propres au carreau, nous voyons qu'ils sont très.peu nombreux et très-peu importans, et c'est une nouvelle raison pour ne pas s'arrêter à la tuberculisation mésentérique, pour remonter à la cause première, à la source du mal, et pour ne pas laisser détourner son attention par une simple lésion secondaire.

Les symptômes propres au carreau diffèrent suivant que la maladie est indolente ou non. *Dans le premier cas*, on observe un développement plus ou moins considérable du ventre, et si on examine attentivement cette cavité, on y trouve des *tumeurs* plus ou moins grosses, ayant leur siége principalement le long de la colonne vertébrale et autour de l'ombilic, mais pouvant se développer d'une manière fort irrégulière. Ces tumeurs sont dures, bosselées, non douloureuses à la pression, et donnent un son mat quand on les percute. On a cité des faits, et M. Guersant en a signalé les principaux, dans lesquels la santé s'est conservée avec un développement extrêmement notable de tubercules dans les ganglions mésentériques, et c'est là une des preuves les plus

fortes en faveur de l'opinion qui regarde les symptômes fonctionnels attribués au carreau comme dus presque tous à une autre affection, et principalement à la phthisie pulmonaire ou bronchique.

Dans le second cas, le seul symptôme véritablement important est la douleur, et ce symptôme est extrêmement rare, puisque MM. Rilliet et Barthez n'ont trouvé le ventre douloureux qu'une seule fois.

Rien de notable, du reste, du côté du *tube digestif*. On observe quelquefois *la dilatation des veines du ventre*, l'*anasarque*, un peu d'*épanchement dans le péritoine*. On comprend facilement que ces phénomènes sont dus à la compression des gros troncs veineux abdominaux.

Tous les autres symptômes: amaigrissement, toux, vomissemens, diarrhée, etc., doivent être considérés comme étrangers au carreau, et comme produits par l'affection primitive. On ne saurait contester la justesse de cette considération, qui a l'avantage de simplifier beaucoup ce point de pathologie.

Marche; durée; terminaison. La marche du carreau est essentiellement chronique. Diverses affections peuvent en précipiter le cours: ce sont parfois des phlegmasies; mais le plus souvent les sujets succombent aux progrès de la maladie dont le carreau n'est qu'une lésion secondaire. La *durée* est, par conséquent, indéterminée. Quant à la *terminaison*, les faits cités par M. Guersant prouvent que les tubercules mésentériques n'offrent pas par eux-mêmes de grands dangers; mais, je le répète, leur présence annonce l'existence d'une autre affection tuberculeuse mortelle, et, en première ligne, de la phthisie

pulmonaire. MM. Rilliet et Barthez ont cependant cité un fait qui prouve qu'un grave accident peut dépendre de la tuberculisation mésentérique elle-même. Un ganglion tuberculeux ramolli a déterminé la perforation de l'intestin par lequel il s'est vidé.

Lésions anatomiques. Des tubercules gros ordinairement comme un marron, quelquefois moins, rarement plus, à divers degrés de consistance, ordinairement crus, quelquefois seulement un peu ramollis, donnant rarement lieu à une excavation : telle est l'altération anatomique essentielle. On a vu quelquefois presque tous les ganglions mésentériques envahis par les productions morbides et formant une énorme masse bosselée, irrégulière, qui parfois rend le mésentère immobile. Les caractères du tubercule y sont les mêmes que partout ailleurs, sauf qu'on ne rencontre pas, dans les cas dont il s'agit ici, les granulations grises demi-transparentes. La raison en est bien simple : c'est que les tubercules sont trop avancés pour cela ; car on sait que la granulation tuberculeuse a été, dans d'autres circonstances, rencontrée dans les ganglions mésentériques. On trouve des tubercules plus ou moins avancés dans d'autres organes, et surtout dans les poumons; quant aux autres lésions décrites par quelques auteurs, elles n'appartiennent pas en propre au carreau.

Diagnostic. D'après ce que j'ai dit plus haut, ce n'est pas le diagnostic des tubercules du mésentère qui est le plus important, mais celui de l'affection primitive; cependant, si l'on pouvait reconnaître la première lorsque le diagnostic de la seconde serait environné de difficultés, on aurait atteint un but

important, puisque l'on pourrait admettre l'existence de cette dernière, comme nous avons vu arriver par le diagnostic de la péritonite chronique à celui de la phthisie pulmonaire. Je n'ai pas d'autres signes à indiquer, pour établir ce diagnostic, que ceux que j'ai énumérés plus haut, et il faut convenir qu'ils ne sont pas toujours faciles à reconnaître à cause des difficultés de la palpation.

Quant aux maladies qui pourraient être confondues avec le carreau, ce sont : la *péritonite chronique*, qui s'en distingue par la douleur, la fluctuation, le météorisme; les *tumeurs du foie, de la rate*, dont le siége est différent, et qu'on limite par la palpation et la percussion, et enfin les tumeurs des autres organes. Ces diverses affections faisaient autrefois partie d'un état morbide désigné sous le nom générique de *carreau*, et de là, comme je l'ai déjà fait remarquer, le vague des descriptions antérieures à ces dernières années.

Traitement. Je ne crois pas devoir insister sur le traitement. Si l'on a bien compris la manière dont j'ai envisagé le carreau, on verra, en effet, que ce serait un soin inutile. Qu'il me suffise de dire qu'on doit diriger les moyens thérapeutiques, non contre les tubercules mésentériques, dont le développement est peu grave par lui-même, mais contre la maladie primitive, et que, d'après les principaux auteurs, les moyens dirigés contre le carreau *sont ceux qu'on emploie dans la phthisie pulmonaire*. Toutefois je ferai remarquer que le carreau, plus que toutes les autres tuberculisations, a été regardé comme ayant pour cause générale le *vice scrofuleux*. Je dois, par conséquent, renvoyer aussi au

traitement des scrophules (*voy.* t. III), et de plus, réparer ici une omission grave faite uniquement par oubli, car la médication dont il va être question avait attiré, d'une manière particulière, mon attention longtemps avant que j'eusse à la mentionner : je veux parler du traitement proposé par M. Négrier contre les scrofules.

Cet observateur a cité un assez grand nombre de faits qui prouvent l'utilité des *feuilles de noyer* dans cette maladie. Voici comment on administre ce médicament (*Sur le Trait. des aff. scrof. par les prép. de feuilles de noyer; Arch. gén. de Méd.;* avril et mai 1841); je laisse parler l'auteur :

TRAITEMENT DES SCROFULES PAR LES PRÉPARATIONS DE FEUILLES DE NOYER (*Négrier*).

« Les *infusions* de feuilles de noyer sont faites en jetant une forte pincée de ces feuilles coupées, dans 250 grammes d'eau bouillante; on édulcore avec du sucre ou avec le sirop dont je vais indiquer ci-après la préparation. J'ai toujours fait prendre de *deux à trois tasses* de cette infusion chaque jour; on peut en donner *jusqu'à cinq*.

« La *décoction* de feuilles de noyer, qui agit si avantageusement en *lotions* et comme *topique*, dont on imbibe les plumassaux pour panser les ulcères scrofuleux, doit être plus chargée que l'infusion. J'emploie une petite poignée de feuilles pour un kilogramme d'eau, et la coction est prolongée dix à quinze minutes; elle est également fort utile en *bains locaux* et même *généraux;* son efficacité est surtout remarquable en *injections* dans les trajets fistuleux.

L'*extrait* est préparé avec les feuilles de noyer par la méthode de déplacement. En employant les feuilles sèches, on a de la sorte le moyen de renouveler cette préparation, autant qu'on en a besoin, pendant toutes les saisons, tandis qu'en

se servant des feuilles fraîches il faut en préparer une trop grande quantité, et on s'expose à la voir s'altérer.

« On prépare le *sirop de feuilles de noyer* avec l'extrait, en en mêlant 40 centigrammes à trente grammes de sirop simple. On sait ainsi quelles sont les doses du médicament qu'on administre. On peut aussi préparer le sirop avec les feuilles vertes; il est alors plus aromatique que celui qui est composé avec l'extrait; mais on ne peut pas apprécier aussi exactement la quantité du médicament que prend journellement le malade.

« *Aux jeunes enfans*, je donne *deux ou trois cuillerées à café de sirop* dans les vingt-quatre heures; pour *les adultes*, je n'ai jamais dépassé 64 *grammes. La dose ordinaire pour ces derniers* est de 30 à 40 grammes.

« Les *pilules d'extrait de feuilles de noyer* sont chacune de 20 centigrammes d'extrait rendu solide par une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer.

« J'en fais prendre *deux par jour;* je n'ai jamais *dépassé* le nombre de *quatre*.

« Enfin, dans quelques cas où il peut être utile de faire faire des *frictions* sur la région malade, j'emploie la *pommade* suivante :

♃ Extrait de feuilles de noyer..........	30	grammes.
Axonge..........................	40	grammes.
Huile essentielle de Bergamotte......	0,15	grammes.

« Les frictions doivent être faites doucement, et pendant *un quart d'heure* environ, *deux fois par jour.* »

Ces moyens, parmi lesquels il sera facile de distinguer ceux qui conviennent au *carreau*, doivent, dans cette maladie aussi bien que dans les scrofules, être administrés sans découragement pendant un temps fort long (*jusqu'à un et deux ans*); mais les

cas de carreau dans lesquels ils pourraient, comme dans les scrofules, avoir les heureux effets signalés par M. Négrier, sont, on le comprend sans peine, fort rares.

FIN DU SIXIÈME VOLUME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE SIXIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU SIXIÈME VOLUME.